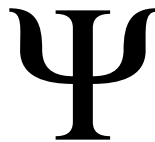




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse – hva finnes av empirisk støtte for denne behandlingsformen?

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

**Joachim Abbou
Kjell Magnar Haugland
Herman Årnes**

Vår 2009

Veileded:

Ingrid Dundas

Forord

Vi vil rette en stor takk til Ingrid Dundas for kyndig og sikker veiledning i denne skriveprosessen. Hun har vært lett tilgjengelig for innspill og bidratt med gode råd omkring form og innhold.

Abstract

We have reviewed empirical evidence regarding the effectiveness of A. Bateman and P. Fonagys mentalization-based treatment (MBT) for borderline personality disorder (BPD). Through literature-search in the databases PsychINFO, PubMed and Ovid Nursing, we found one randomized controlled trial with two follow-up studies conducted by the developers of MBT. The results of these studies were promising. Patients in the MBT-program showed statistical significant and lasting improvement on most measures, in contrast to patients treated with standard psychiatric care. We have performed a thorough analysis of the methodology of these studies, and have found certain weaknesses. These include among others the lack of an active control-group, a small sample size, possible allegiance effects and lack of stratified randomization. Lack of complementary forms of evidence and replication of these studies by independent researchers makes it difficult to draw an empirically based conclusion about the effectiveness of MBT, especially its comparative effect to other established treatments. We conclude that further research should be done to verify the potential benefits of MBT as a treatment for BPD.

Sammendrag

Vi har sett på empiriske undersøkelser av hvorvidt A. Bateman og P. Fonagy sin mentaliseringsbasert terapi (MBT) er effektiv i behandlingen av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Vi fant gjennom litteratursøk i databasene PsychINFO, PubMed og Ovid Nursing en randomisert kontrollert studie med to oppfølgingsstudier utført av Bateman og Fonagy. Resultatene av disse studiene var lovende. Pasientene som fikk MBT hadde statistisk signifikante og varige forbedringer på de fleste mål. Dette stod i kontrast til kontrollgruppen som fikk standardbehandling. Vi har gjort en grundig gjennomgang av metodikken i disse studiene og har funnet enkelte svakheter. Disse inkluderer blant andre manglende bruk av en aktiv kontrollgruppe, et lite utvalg, mulige effekter av forskernes tilhørighet til metoden og mangel av stratifisert randomisering. Mangel av andre former for evidens og replikering av disse studiene av uavhengige forskere gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner om metodens effektivitet. Dette gjelder spesielt dens komparative effekt i forhold til andre veletablerte behandlingsformer. Vi konkluderer med at mer forskning må til for å verifisere hvorvidt MBT er effektiv som behandling av personer med borderline personlighetsforstyrrelse.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 KAN PASIENTER MED BORDERLINE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE BEHANDLES?.....	1
1.2 BEHANDLINGSPROGRAMMER FOR BORDERLINE-PASIENTER	2
1.3 PROBLEMSTILLING.....	3
2.0 MENTALISERING.....	4
3.0 BORDERLINE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE	5
3.1 BORDERLINE-BEGREPET	5
3.2 PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER I DSM-IV	5
3.3 KERNBERG OG FONAGYS DEFINISJONER AV BORDERLINE-BEGREPET	6
3.4 KOMORBIDITET.....	7
4.0 TEORETISK BAKGRUNN FOR MENTALISERINGSBASERT TERAPI.....	8
4.1 CONTINGENCY-DETECTION MODULE	8
4.2 SOCIAL BIOFEEDBACK THEORY OF AFFECT-MIRRORING.....	9
4.3 DET FREMMEDE SELVET	10
4.4 PSYKISK EKVIVALENS- OG FORESTILLINGSMODUS.....	10
4.4.1 Psykisk ekvivalensmodus.....	11
4.4.2 Forestillingsmodus.....	11
4.5 UTVIKLING AV MENTALISERINGSEVNEN	12
4.6 SPLITTING.....	12
4.7 SELVSKADING OG SELVMORD.....	13
5.0 MENTALISERINGSBASERT TERAPI AV BORDERLINE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE.....	14
5.1 FØRSTE FASE	14
5.1.1 Evaluering av mentalisering	15
5.2 ANDRE FASE	15
5.2.1 Målsetning	15
5.2.2 Veiledning av behandlerne / motoverføring.....	16
5.2.3 Terapeutisk ståsted.....	17
5.2.4 "Stop and stand"	18
5.2.5 Fortolkende mentalisering	18
5.2.6 Mentalisere overføringen.....	19
5.3 TREDJE FASE.....	19
6.0 KRITERIER FOR GOD FORSKNING.....	20
6.1 INTERN VALIDITET	22
6.1.1 Kontrollgruppe med randomisert gruppefordeling.....	22
6.1.2 Tilstrekkelig gruppestørrelse	23

6.1.3 Behandlingsmanual og kvalitetskontroll av terapiens utførelse	25
6.1.4 En avgrenset problemstilling	26
6.1.5 Pålitelige og gyldige inklusjonskriterier	27
6.1.6 Standardiserte effektmål	27
6.1.7 "Blindhet" i bedømmelse av effekt	28
6.1.8 Forskerens tilknytning til terapiformen	28
6.2 EKSTERN VALIDITET (KLINISK ANVENDELIGHET)	29
6.2.1 Gjennomførbarhet.....	29
6.2.2 Generaliserbarhet.....	29
6.2.3 Omkostninger / nytteverdi.....	30
7.0 EFFEKTSTUDIER PÅ MENTALISERINGSBASERT TERAPI AV BORDERLINE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE	30
7.1 RESULTATER FRA LITTERATURSØK.....	30
7.2 EFFEKTSTUDIER PÅ MENTALISERINGSBASERT TERAPI AV BORDERLINE-PASIENTER.....	30
7.2.1 Respondenter	31
7.2.2 Prosedyre	32
7.2.2.1 Eksperimentgruppens behandlingstilbud.....	32
7.2.2.2 Kontrollgruppens behandlingstilbud	33
7.2.3 Målemetoder	33
7.2.4 Statistiske analyser.....	35
7.2.5 Resultater	35
8.0 DISKUSJON	38
8.1 SAMMENDRAG AV RESULTATENE	38
8.2 STYRKER OG SVAKHETER VED FORSKNINGEN PÅ MENTALISERINGSBASERT TERAPI.....	40
8.2.1 Intern validitet.....	41
8.2.1.1 Kontrollgruppe med randomisert gruppefordeling	41
8.2.1.2 Tilstrekkelig gruppestørrelse.	42
8.2.1.3 Behandlingsmanual og kvalitetskontroll av terapiens utførelse.....	44
8.2.1.4 En avgrenset problemstilling	45
8.2.1.5 Pålitelige og gyldige inklusjonskriterier	45
8.2.1.6 Standardiserte effektmål.	45
8.2.1.7 "Blindhet" i bedømmelse av effekt.....	46
8.2.1.8 Forskerens tilknytning til terapiformen.	47
8.2.2 Ekstern validitet (klinisk anvendelighet).....	48
8.2.2.1 Gjennomførbarhet	48
8.2.2.2 Generaliserbarhet.....	49
8.2.2.3 Omkostninger / nytteverdi	50
9.0 KONKLUSJON	50
10.0 REFERANSER	52

1.0 Innledning

1.1 Kan pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse behandles?

Er det mulig å behandle personer med borderline personlighetsforstyrrelse, og i så fall hvilken terapiform bør vi som jobber innenfor psykisk helsevern bruke for å forbedre hverdagen til denne pasientgruppen? American Psychological Association (APA) godkjente i 2005 prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis som bygger på *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice* (Levant, 2005), og to år senere godkjente også Norsk Psykologforening denne. I følge denne skal man integrere den beste forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål. Evidens som har sin opprinnelse fra klinisk relevant forskning på psykologisk praksis skal baseres på systematiske oversikter, hensiktsmessige effektstørrelser, statistisk og klinisk signifikans, og en omfattende underbyggende evidens (Norsk Psykologforening, 2007). Dette skal fremme effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper for psykologisk utredning, kasusformulering, behandlingsrelasjon og intervensjon. I tillegg skal kliniske beslutninger tas i samarbeid med pasienten basert på den beste klinisk relevante evidens og med hensyn til sannsynlige kostnader, fordeler og tilgjengelige ressurser og alternativer (Norsk Psykologforening, 2007).

Det grunnleggende spørsmålet om det i det hele tatt er mulig å behandle personer med personlighetsforstyrrelser har vært gjenstand for debatt. Selv om det blir vurdert som vanskelig å lykkes med behandling av denne pasientgruppen, tyder nyere forskningsresultater på at psykologisk behandling kan ha effekt for borderline-pasientene (Høgland, 1993; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Monsen, Odland, Faugli, Daae, & Eilertsen, 1995; Stevenson & Meares, 1992). En meta-analyse av 25

behandlingsstudier konkluderte med at både psykodynamiske og kognitivt rettede terapiformer er effektive for mennesker med personlighetsforstyrrelser (Leichsenring & Leibing, 2003). De fleste av disse behandlingsstudiene tok utgangspunkt i borderline-pasienter, fordi de skiller seg fra de andre typene av personlighetsforstyrrelser i form av at de ofte har et ønske om hjelp fra helsevesenet og et ønske om endring (Bateman & Fonagy, 2004).

1.2 Behandlingsprogrammer for borderline-pasienter

Ulike fagmiljøer, hovedsakelig i USA og England, har i de senere årene utviklet spesialiserte og strukturerte behandlingsprogrammer for borderline-pasienter. Dialektisk atferdsterapi er ett av behandlingsprogrammene som frem til i dag har fått mest empirisk og teoretisk oppmerksomhet (Larsen, Magnussen, & Hestetun, 2007). Dette er en manualbasert terapiform som integrerer elementer både fra kognitiv terapi og atferdsterapi. Den ble opprinnelig utviklet for behandling av suicidale kvinnelige borderline-pasienter. En randomisert, kontrollert studie av effektene av dialektisk atferdsterapi viste at ukentlig behandling i ett år for eksperimentgruppen førte til færre drop-outs, lavere antall akuttinnleggelser, samt betydelig reduksjon i forekomst av suicidalforsøk og selvskading enn hos kontrollgruppen (Linehan et al., 1991). Andre fremtredende terapiformer i dag er Kernbergs overføringsfokuserte terapi (Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2002) og Bateman og Fonagys (2004) mentaliseringsbaserte terapi. Disse to terapiformene har flere fellesnevne, blant annet ved at de begge er opptatt av å arbeide terapeutisk i et her-og-nå perspektiv og at de tillegger overføringshåndteringen stor vekt (Verheugt-Pleiter & Deben-Mager, 2006).

Vi har valgt å fokusere på Bateman og Fonagys mentaliseringsbaserte terapi (MBT). MBT er i utgangspunktet utviklet som en spesifikk behandling for pasienter med

borderline personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2004), men har også på kort tid rukket å bli en omtalt og mye brukt behandlingsform for flere psykiske lidelser (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Mange behandlere i psykisk helsevern kurses nå for å ta i bruk denne terapiformen. I Norge har MBT fått fotfeste gjennom seminarer, kurs og veiledning i regi av Anthony Bateman (Karterud, 2008). Flere norske sykehusavdelinger har lagt opp virksomheten sin etter disse prinsipper (Karterud, 2008) og man kan også se i stillingsannonser at det søkes spesifikt etter behandlere med kompetanse på MBT. Med den raskt økende interessen for denne terapiformen, er det viktig å kunne dokumentere hvorvidt MBT fører til positive effekter i forhold til borderline-pasientenes symptomatologi. Dersom behandlingsforskningen blir gjennomført etter de standarder som legges til grunn for god forskning i henhold til prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, har man et godt utgangspunkt for å si noe om behandlingens effekt for denne pasientgruppen.

1.3 Problemstilling

Vi vil i denne oppgaven gi en presentasjon av Bateman og Fonagys mentaliseringsbaserte terapi, samt presentere borderline-begrepet ut i fra deres egen forklaringsmodell. Problemstillingen vi drøfter er om det er sannsynlig at behandlingen virker på denne pasientgruppen sett i lys av behandlingsstudiene som er blitt gjennomført på MBT. Herunder er drøfting av kvaliteten på forskningen en sentral del av oppgaven. Derimot vil vi ikke drøfte hvilke enkeltfaktorer i behandlingsformen som kan antas å være virksomme, da forskningen per i dag ikke tar for seg dette aspektet i tilstrekkelig grad.

2.0 Mentalisering

Mentaliseringstradisjonen er ung, men har allerede rukket å få stor oppmerksomhet i faglige kretser (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Mentalisering er en av de viktigste byggesteinene i vår måte å interagere med andre mennesker på, fordi denne evnen er med på å forklare hvordan mennesker helt ned på detaljnivå kan påvirke hverandre i komplekse mellommenneskelige samspill (Christiansen, 2006). Begrepet kan forstås som evnen til å forstå seg selv og andre gjennom å oppfatte og tolke egen og andres mentale tilstand (Bateman, Fonagy, Skårderud, & Karterud, 2007). Mentalisering kan også defineres som en sinnstilstand, der et menneske gjør bruk av sin evne til å fornemme og danne seg realistiske forestillinger om et annet menneskets mentale tilstand (Christiansen, 2006).

Mentalisering har mange beslektede begreper som empati, emosjonell intelligens, refleksjon, affektbevissthet, observerende ego, innsikt, psykologisk ”mindedness” og ”mindfulness”. Det som skiller mentalisering fra nevnte begreper, er at mentalisering innehar både en selvrefleksiv og en mellommenneskelig komponent, den involverer altså både individet og den andre (Bateman et al., 2007). For eksempel, dersom du kommer hjem fra jobb og opplever at ektefellen ikke sier så mye til deg på kvelden, kan dette oppleves som en form for avvisning, som igjen kan utløse vonde følelsesmessige reaksjoner. Tanker om avvisning, at hun ikke liker deg, at du har gjort noe galt, kan raskt komme frem hos deg, selv om vi kan tenke oss at den egentlige grunnen til ektefellens taushet er at hun er sliten etter en lang arbeidsdag. Reaksjonene dine kan altså være tuftet på misforståelser og kan bli en belastning dersom det blir et mønster.

3.0 Borderline personlighetsforstyrrelse

3.1 Borderline-begrepet

Begrepet "borderline" ble introdusert av Stern i 1938 (Evang, 2003). I American Psychiatric Associations diagnosesystem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (APA, 1994) og Verdens helseorganisasjons ICD-10 (International Classification of Diseases) (WHO, 1999) anvendes begrepet borderline om en undergruppe av samlebegrepet personlighetsforstyrrelser.

I ICD-10 betegnes diagnosen F60.31 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline-type, mens DSM-IV bruker diagnosen 301.83 Borderline personality disorder. Mye av forskningen på området tar utgangspunkt i borderline som en spesifikk diagnose definert etter DSM-systemets kriterier.

3.2 Personlighetsforstyrrelser i DSM-IV

Personlighetsforstyrrelser er definert i DSM-IV som et vedvarende mønster i indre opplevelser og atferd som avviker markert fra forventningene i individets kultur. Mønsteret er rigid og går igjen i et bredt område av personlige og sosiale situasjoner, og fører til ubehag eller nedsatt funksjon i sosiale, yrkesmessige eller andre viktige funksjonsområder i et omfang som er av klinisk betydning. Mønsteret er stabilt over tid, og skal kunne spores tilbake til ungdomsårene eller tidlig voksen alder (APA, 1994).

DSM-IV opererer med ni kriterier for borderline personlighetsforstyrrelse, og fem av følgende kriterier skal være til stede for at diagnosen skal kunne stilles. 1) Et mønster av ustabile og intensive interpersonlige relasjoner som karakteriseres av en pendling mellom ytterligheter som idealisering og devaluering. 2) Impulsivitet eller uforutsigbarhet på minst to områder som kan være skadelige for individet, for eksempel økonomi, seksualliv, rusmisbruk, nasking, hensynsløshet i trafikken eller tvangsspising. 3) Affektlabilitet i form

av svingninger fra normal sinnsstemning til nedstemthet, irritabilitet eller angst, som vanligvis varer et par timer, men sjelden mer enn et par dager. 4) Inadekvat, intensivt sinne eller manglende kontroll over aggressive impulser, for eksempel i form av hyppige raseriutbrudd. 5) Gjentatte selvmordstrusler, selvmordshandlinger eller hendelser med selvpåført kroppsskade. 6) Identitetsforstyrrelse som viser seg i vedvarende usikkerhet omkring flere spørsmål vedrørende personens identitet, for eksempel selvbilde, seksuell retning og yrkesvalg. 7) Vedvarende tomhetsfølelse eller gledesløshet. 8) Desperate anstrengelser for å unngå ensomhet og 9) forbigående stressrelaterte paranoide forestillinger eller alvorlige dissosiative symptomer (APA, 1994).

3.3 Kernberg og Fonagys definisjoner av borderline-begrepet

Innenfor de nevnte diagnosesystemene anvendes begrepet borderline til å beskrive en samling mer eller mindre teorinøytrale og mer eller mindre observerbare typer av atferd og opplevelser. Mens diagnosesystemene tilstreber å være teorinøytrale, bruker andre begrepet borderline på måter som er mer eksplisitt knyttet opp til et teoretisk grunnlag, for eksempel psykodynamisk tenkning. Kernberg bruker begrepet for å forklare underliggende personlighetsstruktur heller enn atferd og symptomer, og mener at man kan ha en psykotisk, borderline eller nevrotisk personlighetsstruktur (Evang, 2003). Kernberg mener at de viktigste kjennetegnene på borderline personlighetsstruktur er identitetsdiffusjon, det vil si manglende evne til å holde på stabile representasjoner av seg selv og andre, primitive forsvarsmekanismer som for eksempel splitting og projektiv identifikasjon, og bevart evne til realitetstesting (Evang, 2003).

Fonagy, Gergely, Jurist og Target (2002) benytter begrepet borderline om en form for patologisk personlighetsorganisering som de mener kan omfatte hele gruppen av alvorlige personlighetsforstyrrelser, ikke bare borderline som en spesifikk

personlighetsforstyrrelse som beskrevet i de nevnte diagnosemanualene. Teorien omfatter derfor en bredere gruppe av personlighetsforstyrrelser enn den som er definert som borderline personlighetsforstyrrelse i DSM-IV og ICD-10. De oppgir at gruppen kan ligne dem som inngår i Kernbergs klassiske beskrivelse av borderline personlighetsstruktur (Fonagy et al., 2002). Bateman og Fonagys (1999, 2001, 2008) forskning på MBT tar utgangspunkt i borderline som en spesifikk personlighetsforstyrrelse definert etter DSM-systemets kriterier.

3.4 Komorbiditet

Borderline personlighetsforstyrrelse forekommer hyppig sammen med andre akse I og II lidelser (Malt, Retterstøl, & Dahl, 2003; Skodol et al., 2002). Ifølge Evang (2003) kan borderline personlighetsforstyrrelse opptre sammen med omtrent hvilken som helst form for symptomforstyrrelse. Akse I lidelser som hyppig opptrer sammen med borderline personlighetsforstyrrelse er depresjon, stoff- og alkoholmisbruk, panikkklidelse, tvangslidelse, PTSD (posttraumatisk stresslidelse) og spiseforstyrrelser (Skodol et al., 2002).

Ifølge Evang (2003) er borderline personlighetsforstyrrelse den personlighetsforstyrrelsen som hyppigst er ledsaget av andre akse II lidelser. Zimmermann og Coryel fant i 1989 (referert i Evang, 2003), i en undersøkelse av personlighetsforstyrrelser hos ikke-pasienter, at over tre fjerdedeler av dem med borderline personlighetsforstyrrelse hadde en eller flere andre personlighetsforstyrrelser. Ifølge Malt et al. (2003) er personlighetsforstyrrelser av dramatiserende og schizotyp natur de som hyppigst opptrer sammen med borderline personlighetsforstyrrelse.

4.0 Teoretisk bakgrunn for mentaliseringsbasert terapi

Bateman og Fonagys teoretiske bidrag, som ligger til grunn for MBT, er en utviklingsteori som tar sikte på å forklare hvordan evnen til å mentalisere gradvis utvikler seg i barndommen og hvilke forhold som kan hindre optimal utvikling av evnen (Bateman & Fonagy, 2004). Deres teoretiske forståelse tar utgangspunkt i John Bowlbys utviklingsteori, og spesielt George Gergely og John Watsons videreutvikling av denne (Bateman et al., 2007; Fonagy et al., 2002). Bateman og Fonagy nevner også bidragene til Main, Scroufe, Tronick og Lyon-Ruth som betydningsfulle for deres teoretiske bidrag (Bateman et al., 2007).

4.1 Contingency-detection module

Bateman og Fonagy (2004) bygger som nevnt på teoriene til Gergely og Watson. Gergely og Watson mener at de tidligste formene for selvbevissthet utvikler seg ved hjelp av en medfødt mekanisme som de har kalt "contingency-detection module" (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2002; Gergely, 2000). Denne mekanismen gjør at barn kan analysere kausale sammenhenger mellom sin egen atferd og hendelser i omgivelsene. De to - tre første månedene fokuserer barnet i hovedsak på hendelser som korresponderer perfekt til barnets atferd. For eksempel når barnet tar på en ball og den beveger seg. Barnet erfarer på denne måten at det har fysiske egenskaper og kan agere på miljøet. Når barnet er rundt tre måneder endrer mekanismen fokus til hendelser i miljøet som korresponderer godt, men ikke perfekt, til barnets atferd. Barnet vil da typisk rette oppmerksomheten mot omsorgspersonens responser på barnet, for eksempel speilinger av emosjonelle tilstander (Fonagy et al., 2002).

4.2 Social biofeedback theory of affect-mirroring

Watson og Gergelys "Social biofeedback theory of affect-mirroring" fremhever at barn i utgangspunktet ikke kan differensiere mellom ulike følelser, men opplever den kroppslige aktiveringen forbundet med disse (Fonagy et al., 2002; Gergely, 2000). Ved hjelp av "contingency-detection module" lærer barnet å assosiere endringer i kroppslig aktivering med endringer i hvilke følelser som speiles tilbake. På denne måten lærer barnet gradvis å differensiere mellom ulike følelser.

For at barnet skal kunne tolke egne emosjoner korrekt må omsorgspersonens speilinger være nøyaktige eller kongruente i forhold til barnets emosjoner. Dersom barnet viser frykt, må frykt speiles tilbake, og ikke for eksempel sinne. Gergely og Watson fremhever betydningen av at barnet ikke attribuerer den aktuelle følelsen til omsorgspersonen, men forstår at det er en speiling av barnets egen emosjonelle tilstand (Fonagy et al., 2002). Speilingen må derfor i tillegg til å være kongruent eller nøyaktig, også være "markert", det vil si noe fordreid eller annerledes enn det omsorgspersonen vanligvis uttrykker når han eller hun innehar den aktuelle følelsen. Dette oppnås typisk ved at omsorgspersonen overdriver emosjonen som speiles, slik at barnet kan se at følelsen er "på liksom" og ikke reell (Fonagy et al., 2002). Dersom for eksempel barnet er redd, får det gjennom kongruent og markert speiling bekreftelse på følelsen, samtidig som det blir betrygget av at omsorgsgiveren selv ikke blir revet med i redselen. Barnet innser at det er trygt og følelsen av redsel blir nedregulert. Dersom speilingen ikke er markert vil barnet attribuere følelsen til omsorgspersonen og redselen vil eskalere.

Barnet vil gjennom denne prosessen oppleve at det har kontroll over omsorgspersonens speilinger (Fonagy et al., 2002). Barnet assosierer kontrollen de opplever å ha over omsorgspersonens speilinger med den påfølgende nedreguleringen av

negative emosjonelle tilstander. Dette gir barnet en opplevelse av mestring og kontroll i forhold til sine følelser. Barnet vil etter hvert som det blir speilet utvikle representasjoner av sine emosjonelle tilstander (andre ordens representasjoner), og dette er en forutsetning for evnen til å mentalisere (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman et al., 2007; Fonagy et al., 2002).

4.3 Det fremmede selvet

MBT bygger også på bidraget til Winnicott som hevder at barn som ikke blir adekvat speilet, internaliserer omsorgsgiverens tilstand i egen selvstruktur (Bateman & Fonagy, 2004). Et eksempel ville være dersom et barn uttrykker frykt og blir av omsorgspersonen speilet med sinne fordi omsorgspersonen selv er i en tilstand av sinne. Dersom dette skjer gjentatte ganger, kommer barnet til å oppleve sin tilstand av frykt som en tilstand iblandet sinne. Barnet utvikler det Bateman og Fonagy kaller et fremmed selv, og barnets indre blir ikke-autentisk og usammenhengende. Barnet løser dette gjennom eksternalisering eller projektiv identifikasjon, der omsorgspersonen manipuleres til å ta opp i seg emosjonene som barnet har internalisert som et ”fremmed selv”. I vårt eksempel vil barnet kunne eksternalisere opplevelsen av sinne. Den fremmede delen av selvet (sinne) oppleves nå å komme utenfra, og barnet kan på denne måten føle seg sammenhengende. Ulempen for barnet er at det risikerer å bli ytterligere traumatisert når omsorgspersonen blir manipulert til å for eksempel være sint (Fonagy et al., 2002).

4.4 Psykisk ekvivalens- og forestillingsmodus

Ifølge Bateman og Fonagy (2004) har personer med borderline personlighetsforstyrrelse problemer med å gjenkjenne at deres egne og andres reaksjoner er styrt av indre tilstander som tanker, følelser, antagelser og ønsker. De mener at mentaliseringssvikt kommer av manglende integrering av psykisk ekvivalens- og

forestillingsmodus. Dette betegner to primitive måter å erfare virkeligheten på, som går forut for evnen til mentalisering.

4.4.1 Psykisk ekvivalensmodus

Fonagy et al. (2002) mener at kongruent, men umarkert speiling, predisponerer til en indre tilstand av psykisk ekvivalensmodus, hvor individet har problemer med å skille mellom subjektiv og objektiv virkelighet. Individet opplever at det som eksisterer i sinnet også må eksistere i den ytre verden, og at det som eksisterer i den ytre verden også må eksistere i sinnet. Bateman og Fonagy (2004) eksemplifiserer dette med en gutt som blir redd av å se seg selv med et Batman-kostyme i speilet, da denne fantasien blir urovekkende virkelig for barnet. Individet har en manglende evne til å finne alternative representasjoner av en situasjon, og på terapeutens spørsmål om en hendelse kan oppfattes annerledes enn individet oppfatter den, vil han eller hun gjerne protestere kraftig. En tilstand av psykisk ekvivalensmodus omfatter rigide tankeprosesser, for eksempel en overbevisning om at egne synspunkter er de eneste riktige. Dersom individet for eksempel har en idé om at partneren er voldelig, oppleves dette som en ”objektiv” sannhet for dette individet. Ifølge Bateman og Fonagy (2004) kan det også bli en intersubjektiv sannhet gjennom at volden fremprovoseres og utageres via projektiv identifikasjon.

4.4.2 Forestillingsmodus

Den andre primitive fungeringsmåten som beskrives av Bateman og Fonagy, er forestillingsmodus. Fonagy et al. (2002) mener at inkongruent speiling predisponerer for en indre tilstand av forestillingsmodus. I denne modusen er den ytre fysiske virkelighet og den indre psykiske virkelighet koblet fra hverandre. Individets følelser tas ikke på alvor av personen selv, og han eller hun kan oppleve det som om alt er ”på liksom”. Eksempler kan være en pasient som forteller om en episode med selvskading uten affekt, eller en pasient

med selvmordstanker som unnlater å fortelle om disse til terapeuten, fordi de er så ”uvirkelige” for ham eller henne. Fungering i denne modusen kan forklare hvorfor mange borderline-pasienter sliter med kronisk tomhetsfølelse og dissociative symptomer. Pasienter i denne modusen har også en tendens til å pseudomentalisere, som kan ligne på mentalisering, men som ikke har noen meningsfylt kobling til virkeligheten (Bateman et al., 2007). Et eksempel kan være en pasient som kommer med en rekke ulike intrikate tolkninger av sin egen og andres tilstand uten nevneverdig ekte affekt, som om det hele var et skuespill.

4.5 Utvikling av mentaliseringsevnen

Bateman og Fonagy (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2002) mener at evnen til å mentalisere erverves ved at barnet integrerer psykisk ekvivalens- og forestillingsmodus. Integreringen fremmes av en trygg tilknytningsrelasjon mellom barnet og omsorgsgiver, en relasjon som er preget av lekenhet og markert og kongruent speiling.

En integrering av disse modi innebærer erfaringen av at psykisk og fysisk virkelighet er separate, men samtidig knyttet til hverandre. Et eksempel ville være en pasient som erkjenner opplevelsen av smerte ved å oppdage at terapeuten måtte avlyse en time (erkjennelsen av at smerten er reell, det er ingen forestilling), men uten å låse seg fast i en enkelt forklaring som at terapeuten ikke ønsket å se ham (erkjennelsen av at det finnes flere måter å tolke samme hendelse på). Fonagy et al. (2002) mener at personer med borderline personlighetsforstyrrelse ikke har oppnådd tilstrekkelig integrering, og blir derfor værende i, eller veksler mellom, psykisk ekvivalens- og forestillingsmodus.

4.6 Splitting

Gergely (2000) mener at barn forsøker å predikere atferden til sine omsorgspersoner ut fra prinsippet om ”mental coherence” som forutsetter at

omsorgspersonens intensjoner ikke er motstridende. Når omsorgspersonens atferd overfor barnet er motstridende, for eksempel ved å forgripe seg på barnet i det ene øyeblikket og være omsorgsfull i det andre, blir det umulig for barnet å predikere omsorgspersonens atferd gjennom mentalisering. Barnet løser dette ved å splitte representasjonen av omsorgspersonen i en god og en ond del, en del som er omsorgsfull og en del som forgriper seg. Innenfor hver av de splittede representasjonene er prinsippet om ”mental coherence” gjeldende, og barnet kan predikere omsorgsgiverens atferd gjennom mentalisering (Gergely, 2000). Splitting kan derfor være et forsøk på å predikere atferd til personer som viser motstridende atferd overfor barnet (Fonagy et al., 2002).

4.7 Selvskading og selvmord

Dersom pasienten ikke har mulighet til å eksternalisere det fremmede selvet, enten fordi pasienten ikke har andre rundt seg, eller at den andre ikke tar opp i seg det som projiseres, tvinges pasienten til å reinternalisere den fremmede delen av selvet i egen selvstruktur. For eksempel kan en pasient som har projisert sinne i partneren, oppdage sitt eget sinne dersom partneren forlater ham eller henne. Ifølge Bateman og Fonagy (2004) kan dette sinnet hos pasienten opprinnelig stamme fra foreldrene. Det er deres sinne som pasienten tok opp i seg som barn. Bateman og Fonagy (2004) forklarer selvskading ved at pasienten eksternaliserer den fremmede delen av selvet på egen kropp, og forsøker å destruere denne gjennom selvskadende atferd. Ifølge denne teorien skjer som regel selvskading når pasienten er i psykisk ekvivalensmodus, der deler av kroppen oppleves lik det fremmede selvet.

Ifølge Bateman et al. (2007) inntreffer ikke bare selvskading, men også selvmord og selvmordsforsøk, som regel når pasienten fungerer i psykisk ekvivalens- eller forestillingsmodus. Selvmordsforsøk som utføres i psykisk ekvivalensmodus tar ifølge

denne teorien sikte på å destruere det fremmede selvet, og kan forstås på lik linje med selvskading. I forestillingsmodus, der subjektiv virkelighet er frakoblet virkeligheten, forventer pasienten å overleve selvmordsforøket, mens den fremmede delen av selvet blir destruert for alltid (Bateman et al., 2007).

5.0 Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse

MBT har blitt beskrevet i flere artikler (Bateman, 1995; Fonagy, 1998) og i en nylig utgitt bok av Bateman et al. (2007). Her beskriver vi innhold og struktur i dagprogrammet fra Bateman og Fonagys behandlingsmodell (Bateman et al., 2007).

5.1 Første fase

Det blir beskrevet tre hovedfaser i behandlingsforløpet. I første fase foregår en evaluering av mentaliseringsevne og personlighetsfungering, samtidig som pasienten får informasjon om behandlingen. Informasjonen blir gitt for at metodene og intervensjonene skal være tydelige for pasienten. Pasienten skal hele tiden vite hva intensjonen med det som blir gjort i behandlingen er. I tillegg inkluderer denne fasen formell diagnostisering og psykoedukasjon i forhold til borderline personlighetsforstyrrelse. Det blir etablert terapeutiske mål og gjort forsøk på å stabilisere sosiale problemer og redusere atferdsproblemer som utagering eller selvskading, samt en gjennomgang av eventuell medisiner og definering av en kriseplan (Bateman et al., 2007).

Dagprogrammet består av både gruppe- og individualterapi. Det er lagt opp til at pasientene kan delta i en individualterapi og flere gruppeterapier i uken. Gruppeterapeuten og individualterapeuten skal ikke være samme person.

Det vil i starten være viktig å etablere en god allianse med pasienten. I tidlige faser av behandlingen kan det være nødvendig for terapeuten å ”bevise” sine gode intensjoner

og forståelse for pasienten ved å utføre enkelte formålstjenelige handlinger innenfor rammene av terapi. Dette kan inkludere det å skrive brev til aktuelle instanser, hjelpe pasienten med praktiske ting og utføre hjemmebesøk sammen med en kollega dersom pasienten er i en alvorlig krise. Ifølge Bateman og Fonagy (2004) kan mange personer med borderline personlighetsforstyrrelse ha vanskelig for å forstå at terapeuten kan bry seg om ham eller henne, med mindre terapeuten viser dette ved hjelp av handlinger i den fysiske virkeligheten. Derfor vil slike handlinger være nødvendige for å bygge en trygg terapeutisk allianse.

5.1.1 Evaluering av mentalisering

Det blir som nevnt i MBT lagt vekt på å utrede og evaluere pasientenes evne til mentalisering i innledende faser av behandlingen. Det er ofte vanskelig for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse å mentalisere godt i nære tilknytningsrelasjoner, og da blir det nødvendig å evaluere mentalisering i både nære og mindre nære relasjoner. Alvorlighetsgraden av problemene kan delvis evalueres ut fra om personen også viser mentaliseringssvikt i mindre nære relasjoner (Bateman et al., 2007). Det er viktig å se forbindelsen mellom eventuell mentaliseringssvikt og problemer i pasientens relasjoner, men også å få frem eksempler på god mentalisering.

5.2 Andre fase

5.2.1 Målsetning

Målsetningen i denne fasen er å øke pasientens evne til å reflektere omkring seg selv og andre, samtidig som pasienten skal bli bedre til å vurdere andre menneskers tanker og følelser på en realistisk måte (Bateman et al., 2007). Antagelsen er at atferd kommer som et resultat av indre mentale tilstander som tanker og følelser, og at en økt forståelse av seg selv og andre vil medføre endret atferd. Målet med behandlingen er ikke nødvendigvis

å oppnå det som innen psykodynamisk orienterte teorier er blitt kalt innsikt hos pasienten. Fonagy (1998) mener tvert imot at oppnåelse av innsikt og klassiske fortolkninger fra terapeutens side ikke har noen hensikt i behandlingen av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. En grunn til å unngå bruk av psykodynamiske tolkninger i behandlingen av denne pasientgruppen er at de ofte er desperate etter å finne mening, og vil ofte kunne forsøke å integrere terapeutens fortolkninger i egen selvstruktur, selv om disse i realiteten kunne være feilaktige. Dette ville kunne føre til en forverring av pasientens problemer. I stedet foreslår Bateman og Fonagy (2004) å bruke enkle fortolkningsteknikker for å få tilgang til mentalisering, for eksempel gjennom å mentalisere forskjellige mulige tolkninger av pasientens subjektive opplevelser som ellers ikke ville gitt mening for pasienten.

5.2.2 Veiledning av behandlerne / motoverføring

Bateman (1995) beskriver veiledning av behandlergruppen som essensielt når en benytter MBT i behandlingen av borderline personlighetsforstyrrelse, og legger stor vekt på at avgjørelser som omhandler behandlingen av pasienter skal tas i fellesskap. Møter mellom behandlerne skal fastlegges i timeplanen for å forhindre splitting og for å sikre at behandlerne holder seg til modellen. Dette mener Bateman (1995) skal forhindre at motoverføringer hos den enkelte behandler får negative konsekvenser for behandlingen som helhet.

All relevant informasjon som kommer frem i gruppe- og individualterapi skal deles med de andre behandlerne og øvrig miljøpersonell i daglige teammøter. Behandlerne blir oppfordret til å praktisere det de predikerer, nemlig en mentaliserende holdning overfor de andre medlemmene i teamet. Dette skal redusere risikoen for konflikter og uenigheter. Dersom det oppstår uenigheter rundt behandlingen, vil det være anledning til å

diskutere dette ukentlig i et lengre tverrfaglig møte. Der vil de ulike perspektivene kunne integreres og en felles strategi for videre behandling utarbeides.

Fonagy (1998) ser det som umulig for terapeuten å unngå helt å bli påvirket av og agere ut ifra motoverføring, men setter som mål å beholde innsikt i egne reaksjoner på en best mulig måte og kunne formidle egne opplevelser tilbake til pasienten der dette er terapeutisk tjenlig. Han mener at pasientens fremprovokasjon av motoverføringsreaksjoner ikke bør eller kan tolkes av terapeuten. En god intervensjon i en slik situasjon vil være å utdype og klargjøre pasientens tanker og følelser i situasjonen der provokasjonen oppstod. Terapeuten bør altså være i stand til å ha pasientens tanker og følelser i mente og la pasienten oppleve terapeutens forståelse av disse. Intensjonen med terapeutens mentaliserende holdning er at pasienten etter hvert vil bli i stand til å se seg selv gjennom terapeutens øyne og integrere dette bildet i sin selvrepresentasjon (Fonagy, 1998).

5.2.3 Terapeutisk ståsted

I MBT er det sentralt at terapeutens fokus er på pasientens sinnstilstand, ikke hans atferd. I tillegg skal terapeutens fokus fortrinnsvis være på det som skjer i pasientens sinn akkurat nå, heller enn hva som har skjedd tidligere. Intervensjonene bør være korte heller enn lange, og innholdet i behandlingen bør være pasientens bevisste tanker og følelser, heller enn ubevisste prosesser. Terapeuten inntar en ikke-vitende holdning som gjenspeiler en innsikt i at mentale tilstander ikke er gjennomsiktige for andre, og at terapeuten ikke kan vite hva det er som foregår i pasientens sinn. Med denne holdningen skal terapeuten vise vilje til å utforske pasientens sinn. Det er viktig for terapeuten å vite at også hans egen mentaliseringsevne kan svikte til tider, og være i stand til å identifisere dette. Terapeuten bør da være åpen omkring sine feilslutninger og beklage eventuelle misforståelser. I korte

trekk er det terapeutiske ståstedet nysgjerrig, aktivt og empatisk. Terapeuten skal avstå fra å være en ekspert som ”vet best” (Bateman et al., 2007).

Grunnleggende holdninger og intervensjoner i MBT er støtte, empati og oppmuntring. Dette er intervensjoner som er relativt trygge å benytte seg av og bør brukes om terapeuten føler seg usikker i situasjonen. Andre intervensjoner kan ha større potensial for angstprovokasjon og brudd i den terapeutiske alliansen. Dersom pasienten viser god mentaliseringsevne, bør terapeuten anerkjenne dette og gi ros etter skjønn (Bateman et al., 2007).

5.2.4 ”Stop and stand”

”Stop and stand” brukes som metode i MBT når mentaliseringen i terapien har mislykkes. Denne metoden innebærer at terapeuten aktivt avbryter dialogen og foreslår at pasienten fokuserer på øyeblikket da mentaliseringen sviktet. ”Stop and stand” sikter mot å få pasienten til å se at slutningene han eller hun drar kan være rigide og basere seg på overforenklede fortolkninger av terapeutens atferd. Terapeuten setter fokus på de omstendighetene, tankene og følelsene i pasienten som gjennom påfølgende manglende mentalisering førte til et brudd i relasjonen. Fokuset settes på den manglende mentaliseringen i seg selv, og intensjonen er at pasienten senere vil være i bedre stand til å innta en ikke-vitende holdning, og i bedre grad kunne se for seg alternative forklaringer på det som har skjedd. Dersom det er terapeutens egen mentaliseringsprosess som har sviktet, vil denne intervensjonen kunne gi et pusterom og tillate han å hente seg inn igjen og gjenoppta god mentalisering (Bateman et al., 2007).

5.2.5 Fortolkende mentalisering

Det anbefales i MBT at alle fortolkninger brukes forsiktig. Det sentrale i en fortolkning er å presentere et alternativt perspektiv på det pasienten har sagt. Intensjonen

vil være å innlede et samarbeid med pasienten der en utdyper og klargjør situasjonen og de sinnstilstander som ledet fram mot den aktuelle situasjonen. Eksempelvis kan en pasients beretning om sinne i en gitt situasjon kunne fortolkes som sinne bunnet i en følelse av avvisning. Terapeutens kunnskap om psykiske forsvarsmekanismer kan hjelpe terapeuten til å se underliggende motivasjon eller affekter, men intensjonen med intervensjonene er ikke primært at pasienten skal bli klar over disse forsvarsmekanismene. Terapeuten vil heller bruke denne kunnskapen til å mentalisere pasienten på en god måte og videre kunne fremme pasientens mentaliseringsevne (Bateman et al., 2007).

5.2.6 Mentalisere overføringen

I MBT fokuserer man på terapeut-pasient-relasjonen med intensjon om å bedre pasientens tilstand gjennom drøftinger rundt denne. Man prøver ikke å trekke linjer fra atferdsmønster som ble etablert i barndommen til den aktuelle situasjonen i terapirommet. Med å mentalisere overføringen, mener man i MBT å utfordre pasienten til å reflektere omkring den aktuelle relasjonen og situasjonen med terapeuten. Pasienten oppfordres dermed til å fokusere på den andres sinn og prøve å sette seg inn i den andres opplevelser. Dette kan bidra til å hjelpe pasienten med å skille mellom sine egne opplevelser av seg selv og hvordan han eller hun oppleves av andre. Dette er en vanskelig oppgave for mange borderline-pasienter og kan frembringe tanker om terapeuten som er ubehagelige for pasienten. Dersom intervensjoner av denne typen fører til for mye ubehag hos pasienten, vil man i MBT falle tilbake på intervensjoner basert på støtte og empati (Bateman et al., 2007).

5.3 Tredje fase

I den tredje og avsluttende fasen jobber terapeuten med pasientens tapsfølelser i forbindelse med avslutning av terapien og hvordan videre fremgang skal sikres. Dette kan

gjøres ved at terapeuten og pasienten sammen setter opp et egnet og spesialtilpasset oppfølgingsprogram. Det er også et forsterket fokus på interpersonlig og sosial fungering i denne fasen, dersom de symptomatiske og atferdsrelaterte problemene er under kontroll. Integrering og konsolidering av tidligere arbeid blir viktig (Bateman et al., 2007).

6.0 Kriterier for god forskning

Som tidligere nevnt vedtok Norsk Psykologforening å slutte seg til APAs prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (Levant, 2005). APA skiller mellom "efficacy" og "effectiveness" forskning (Levant, 2005). Effektforskning ("efficacy") refererer i hovedsak til studier som kan trekke kausale konklusjoner om terapiformers effekt, altså studier med høy grad av intern validitet (Cozby, 2009). Effektivitetsforskning ("effectiveness") refererer til studier som sier noe om terapiens effektivitet i naturalistiske settinger, noe som gir høyere ekstern validitet. Ekstern validitet refererer til i hvilken grad resultatene kan generaliseres til andre populasjoner og settinger (Cozby, 2009), og kan sees på som en del av begrepet klinisk anvendelighet ("clinical utility"). Klinisk anvendelighet innbefatter gjennomførbarhet, generaliserbarhet og omkostninger / nytteverdi med hensyn til behandlingen (Hougaard, 2004; Levant, 2005).

Noen forskningsdesign er dermed bedre egnet enn andre til å besvare ulike spørsmål vedrørende behandlingens nytteverdi (Levant, 2005). Bredde i forskningstilnærminger og anvendelse av multiple forskningsdesign vil komplimentere hverandre og bidra til økt forståelse. Kyndig bruk av de ulike forskningsmetodenes styrker og svakheter vil gi klinikere et bedre beslutningsgrunnlag i møte med hver enkelt pasient. For eksempel vil kvalitativ forskning kunne brukes for å beskrive den subjektivt opplevde

virkelighet hos pasientene, og studier av intervensjoner i en naturalistisk setting vil være velegnet for å vurdere behandlingers eksterne validitet (Rønnestad, 2008).

Hougaard (2004) beskriver kriterier for gode randomiserte kontrollerte studier ("randomized controlled trials" - RCT) av terapiformer, den såkalte "gullstandarden" for effektundersøkelser. RCT blir av APA vurdert som den mest effektive metoden for å kunne trekke kausale slutninger om intervensjoners effekt, grunnet denne metodens evne til å sikre høy grad av intern validitet gjennom randomisering av konfunderende variabler. Med konfunderende variabler menes variabler i et eksperiment som kan påvirke utfallsmål på en slik måte at vi ikke kan si om det er denne eller andre variabler som har bidratt til utfallet (Cozby, 2009). Et ankepunkt til bruken av RCT er at denne metoden i mindre grad sikrer ekstern validitet, blant annet grunnet at man gjennom kontroll av konfunderende variabler kan fjerne seg fra den kliniske virkelighet (Cozby, 2009; Hougaard, 2004). Høy grad av intern og ekstern validitet bør i følge APA (2002) tilstrebes i dokumentasjonsgrunnlaget for empirisk støttet terapi. Blant annet manglende fokus på kontekstuelle variabler og faktorer som påvirker valg av behandling, gjør at flere forskere uttrykker tvil om hvorvidt RCT fortsatt burde befinne seg på toppen av evidenshierarkiet (Bergmark, 2008; Orford, 2008; Tucker & Roth, 2006).

Når vi vurderer kvaliteten på randomiserte kontrollerte studier, vil vi blant annet legge Hougaards (2004) og Snyder og Ingrams (2000) beskrivelser av gode studier til grunn for vurderingene. Vi vil drøfte klinisk anvendelighet og ekstern validitet etter de kriterier som APA har satt (Hougaard, 2004; Levant, 2005). Disse kriteriene vil nå beskrives nærmere.

6.1 Intern validitet

6.1.1 Kontrollgruppe med randomisert gruppefordeling

Bruk av kontrollgruppe med randomisert gruppefordeling sikrer en mest mulig lik fordeling av variabler som kan påvirke utfallet i gruppene, *ceteris paribus* (alt annet likt) (Hougaard, 2004). Dette vil være til hjelp når vi vurderer hvorvidt endring i gruppene kan tilskrives manipulasjon av den uavhengige variabelen.

Når man utfører behandlingsstudier, kan man velge mellom ulike typer kontrollgrupper. En metode er å sammenligne eksperimentgruppen med ”treatment as usual” (TAU). I denne metoden står pasientene i kontrollgruppen fritt til å søke den behandlingen de selv måtte ønske, bortsett fra eksperimentgruppens behandling (Snyder & Ingram, 2000). En fordel med denne metoden er at kontrollgruppens behov for behandling blir ivaretatt. I tillegg kan en sammenligning med TAU vise om eksperimentgruppens behandling er mer effektiv enn den behandlingen som denne pasientgruppen ellers ville fått gjennom eksisterende behandlingstilbud. En ulempe er at kontrollgruppens behandling vil variere, både innad og mellom kontrollgrupper i ulike studier. Ut fra gjeldende behandlingspraksis på et gitt sted til et gitt tidspunkt vil kontrollgruppens behandling kunne ha ulik effektivitet.

Man kan også sammenligne eksperimentgruppen med en kontrollgruppe som har fått tilbud om et alternativt standardisert behandlingsprogram. Dette behandlingsprogrammet er gjerne lansert som en mulig behandling for den aktuelle lidelsen. En fordel med en slik metode er at man kan sammenligne effekten mellom de ulike formene for behandling, og dermed bedre kunne trekke konklusjoner om hvilken av metodene som har best behandlingseffekt. Også i denne forskningsmetoden vil kontrollgruppens behov for behandling være ivaretatt (Snyder & Ingram, 2000).

I tillegg til å sammenligne eksperimentgruppen med uavhengige kontrollgrupper, kan man dele eksperimentgruppen opp etter ulike behandlingsbetingelser. Dette gjøres for å kunne kontrollere for ulike deler av behandlingen, og for bedre å kunne trekke konklusjoner om behandlingens aktive komponenter. Dette kalles ”component control design” eller ”dismantling” (Snyder & Ingram, 2000).

Placeboeffekten er veldokumentert (Hougaard, 2004; Snyder & Ingram, 2000) og medfører at pasienter som antar at de mottar effektiv behandling vil merke bedring i kraft av denne antagelsen. For å kontrollere for denne effekten vil man i forskning gjerne kontrollere effekten av en behandling for effektene av placebo. Dersom behandlingsgruppen ikke blir bedre enn placebogruppen, antas det at eventuell bedring skyldes forventningseffekter hos pasienten. Ved å utføre behandlingsforskning der kontrollgruppen ikke mottar det de oppfatter som effektiv behandling, vil placeboeffekten utgjøre en del av den komparative effekten mellom gruppene. Dersom man sammenligner to etablerte behandlingsformer der begge formene gir forsøkspersonene inntrykk av at de mottar effektiv behandling, vil placeboeffekten sannsynligvis være lik i begge gruppene, og forskjeller i komparativ effekt kan med større sannsynlighet tilskrives behandlingens effektivitet.

6.1.2 Tilstrekkelig gruppestørrelse

Et tilstrekkelig stort utvalg er sentralt for hvordan man kan tolke resultater, og gir bedre statistisk styrke. Med statistisk styrke menes sannsynligheten for at en statistisk test av nullhypotesen viser statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene når nullhypotesen faktisk er usann (Cozby, 2009). Dette betyr at man finner reelle forskjeller mellom gruppene. Statistisk styrke kan økes ved å øke størrelsen på utvalget, eller ved å benytte gjentatte målinger av utfallsvariablene (Howitt & Cramer, 2003; Lipsey, 1990;

Vickers, 2003). Med lav statistisk styrke er det større sannsynlighet for at man ikke finner forskjeller mellom gruppene selv om de faktisk er forskjellige. Høy statistisk styrke minsker sannsynligheten for å begå både type I og type II feil (Snyder & Ingram, 2000). Ved type I feil avvises nullhypotesen når denne er sann. Ved type II feil aksepteres nullhypotesen når en alternativ hypotese er sann (Cozby, 2009).

Små gruppestørrelser øker sannsynligheten for at randomiseringen av gruppene resulterer i ulik distribusjon av egenskaper som kan påvirke utfallet (Kernan, Viscoli, Makuch, & Brass, 1999). Dersom eksperimentgruppen innehar en overvekt av variabler som er forbundet med god prognose, vil dette øke sannsynligheten for en type I feil. Dersom kontrollgruppens prognose er bedre enn eksperimentgruppens, øker sannsynligheten for en type II feil.

Det er vanlig å statistisk vurdere hvorvidt gruppene er like på bakgrunnsvariabler og dermed undersøke om randomiseringen virkelig har ført til at gruppene er blitt så like som mulig før behandlingsstart. Dersom man har små gruppestørrelser (lav statistisk styrke), vil man i denne statistiske analysen ha en økt risiko for å gjøre en type II feil, altså anta at gruppene er like på grunn av at man finner ikke-signifikante forskjeller, når de i realiteten er ulike (Snyder & Ingram, 2000). Små grupper vil dermed føre til økt sannsynlighet for ulikheter mellom gruppene og gir samtidig mindre sannsynlighet for å finne disse forskjellene. Man vil dermed kunne rapportere at gruppene var like på bakgrunnsvariabler når de faktisk var ulike.

Dersom man benytter seg av små gruppestørrelser i effektforskning på psykologisk behandling, er det derfor viktig å benytte seg av stratifisert randomisering eller ”minimeringsmetoden” for å unngå type I og II feil (Bracken, 2001; Kernan et al., 1999). Kernan et al. (1999) mener det er kritisk at man benytter seg av stratifisering når antall

forsøkspersoner er mindre enn 100. Med disse metodene tar man sikte på å få en mest mulig lik fordeling av potensielle prognostiske faktorer i gruppene.

Gjennom stratifisert randomisering vil pasientene bli delt inn i lister etter viktige bakgrunnsvariabler, og deretter randomiseres inn i studiens eksperiment- og kontrollgruppe (Kernan et al., 1999). Dette medfører en lik fordeling av disse variablene i gruppene.

Minimeringsmetoden oppnår større balanse i bakgrunnsvariabler og prognostiske faktorer i gruppene ved å først sammenligne distribusjonen av disse variablene i de ulike gruppene. Deretter vil nye forsøkspersoner fordeles der det er størst behov for å utligne eventuelle forskjeller. Dersom dette ikke er nødvendig, blir personene fordelt etter enkel randomisering. Minimeringsmetoden bidrar til å sikre eksperimentet mot konfunderende variabler (Bracken, 2001; Kernan et al., 1999).

6.1.3 Behandlingsmanual og kvalitetskontroll av terapiens utførelse

Bruk av behandlingsmanual vil bedre sikre at alle forsøkspersonene får lik behandling, og at behandlingen reflekterer de teoretiske prinsippene som behandlingsformen bygger på (Snyder & Ingram, 2000). Dette skal bidra til en mest mulig lik påvirkning av den uavhengige variabelen.

Man bør kontrollere for terapiens utførelse gjennom vurderingsskalaer, transkribering av timer og eventuelt bruk av lyd- eller videoopptak for å sikre at terapeutene utfører behandlingen som beskrevet i manualen. Dette bør vurderes av minst to uavhengige bedømmere for også å kunne si noe om inter-rater reliabilitet (Snyder & Ingram, 2000), et begrep som refererer til hvorvidt uavhengige bedømmere er enige i sine observasjoner (Cozby, 2009). Man bør rapportere hvor godt den utførte terapien stemmer overens med behandlingsmanualen.

Dersom man sammenligner ulike terapiformer, er det viktig å kunne skille mellom utførelsen av terapien i eksperiment- og kontrollgruppen. Dette lar seg gjøre ved å la observatører se gjennom terapitimer på video eller lydbånd. De skal da uten kjennskap til gruppetilhørighet identifisere hvilken terapi det er de observerer. Dette er med å sikre at terapiformene er ulike i utførelsen og ikke bare i navn eller teoretisk fundament.

Vurdering av terapiens kvalitet vil være spesielt nyttig dersom man eksperimentelt sammenligner ulike terapiretninger. Dersom man ikke kontrollerer for terapikvalitet, kan resultatene man får være påvirket av denne variabelen (Snyder & Ingram, 2000).

Terapeuteffekter viser til andelen av de terapeutiske resultatene som kan forklares med terapeutens eget bidrag (Rønnestad, 2008). En vanlig kritikk av RCT er at terapeutens faglige og personlige kompetanse har større betydning for utfallet av behandlingen enn den spesifikke behandlingsformen (Bergmark, 2008; Crits-Christoph & Mintz, 1991; Hougaard, 2004). Crits-Christoph og Mintz (1991) setter derfor søkelyset på manglende randomisering av terapeuter i RCT-studier, noe som truer den interne validiteten. Han anbefaler bruk av mange terapeuter i effektforskningen for å kontrollere bedre for effekter av terapeutvariabler. En randomisering av terapeutene til de ulike behandlingsformene medfører imidlertid at det er umulig å sørge for at terapeutene i hvert tilfelle gjennomfører den behandlingsformen de selv har mest kompetanse i, og tro på. Dersom en antar at terapeuter stort sett utfører behandlingsformer som passer for dem, kan en randomisering av terapeuter føre til at resultatene med større vanskelighet kan generaliseres til klinisk hverdag.

6.1.4 En avgrenset problemstilling

Dette punktet er viktig for å kunne si noe om hvilke pasientgrupper som kan profitere på behandlingen. En avgrenset problemstilling, der behandlingen er rettet mot en

klart definert type pasienter, gjerne med en spesifikk diagnose, vil gjøre forskeren bedre i stand til å kunne forklare resultatene av studien og generere nye prediksjoner ut fra disse (Cozby, 2009), for eksempel hvilken behandlingsform man bør velge for hver enkelt pasientgruppe.

6.1.5 Pålitelige og gyldige inklusjonskriterier

Dersom man bruker gode inklusjonskriterier og strukturerte intervju, vil man kunne øke graden av homogenitet i utvalget (Snyder & Ingram, 2000). Dersom man bruker for strenge inklusjonskriterier, kan det bli vanskelig å generalisere funnene til en klinisk hverdag, der pasienter gjerne har en rekke andre egenskaper enn de undersøkelsen er basert på. Dette inkluderer eksempelvis komorbide tilstander, kjønn, aldersgrupper og kulturelle forhold. Strenge inklusjonskriterier kan gjøre en bedre i stand til å predikere hvilke spesifikke pasientgrupper som behandlingen virker for, mens man med mindre sikkerhet kan trekke konklusjoner om grupper som har blitt ekskludert fra utvalget (Snyder & Ingram, 2000).

6.1.6 Standardiserte effektmål

Effektmål av sentrale aspekter ved lidelsen bør ha høy grad av validitet og reliabilitet. Dette inkluderer bruk av velprøvde måleinstrumenter rettet mot lidelsens sentrale symptomer og observasjoner fra forskjellige perspektiver, som for eksempel fra pasient, terapeut, pårørende og uavhengig bedømmer (Hougaard, 2004).

Effekt av behandling kan med fordel måles med hensyn til flere ulike aspekter ved lidelsen. Hougaard (2004) foreslår en oppdeling i symptomatologi, personlighet og sosial tilpasning. Med symptomatologi menes emosjonelle, kognitive og atferdsmessige uttrykk for lidelsen. Personlighet innbefatter personlighetstrekk, intrapsyriske konflikter og interpersonlig stil. Sosial tilpasning vurderes ut fra forhold til familie, venner og arbeid.

Dette vil kunne si noe om hvorvidt bedringen har blitt generalisert til pasientens andre relasjoner.

Ifølge Hougaard (2004) bør man bruke mål på endring som er teorinøytrale og ikke kun bruke mål som er teorispesifikke. Teorispesifikke mål kan si noe om hvorvidt behandlingen påvirker pasientene på den måten som teorien predikerer. Dersom disse brukes, bør forskerne i så fall selv ha sikret seg at målene er reliable og valide.

”Demand characteristics” refererer til enhver egenskap ved eksperimentet som kan informere forsøkspersonene om hensikten ved studien (Cozby, 2009). Forsøkspersoner kan føle seg presset til å respondere på måter de tror eksperimentator ønsker. Noen utfallsmål er mindre påvirkelige for forsøkspersonenes forventninger enn andre, for eksempel når forsøkspersonene ikke vet at deres atferd blir registrert, eller hvilken atferd som måles (Cozby, 2009).

6.1.7 ”Blindhet” i bedømmelse av effekt

Forskere kan utvikle forventninger om hvordan forsøkspersonene i de ulike gruppene vil respondere. Dette problemet blir kalt ”experimenter bias” (Cozby, 2009). Forskere kan på grunn av sine forventninger behandle forsøkspersonene i de ulike gruppene forskjellig, selv om dette ikke er deres egentlige intensjon. Effekten kan også bidra til at forskeren registrerer og tolker subjektens atferd forskjellig i de ulike gruppene. En mulig løsning på dette problemet er å bruke forskere som ikke er klar over hvilken gruppe pasientene tilhører. En uavhengig forsker kan for eksempel involveres for å innhente effektmål (Cozby, 2009).

6.1.8 Forskerens tilknytning til terapiformen

Luborsky et al. (1999) fant at forskerens tilhørighet (”allegiance”) til terapiformene de studerte forklarte 69 % av variansen i komparativ effekt. Dette gjelder forskning som

sammenligner effektene av etablerte terapiformer. De foreslår med bakgrunn i sine funn at fremtidig forskning på effekt av psykoterapi bør utføres av forskere eller forskningsgrupper med et balansert forhold til terapiformene. Luborsky et al. (1999) hevder at man i psykoterapiforskningens historie aldri har sett at en utvikler av en terapiform, oppført som førsteforfatter i en behandlingsstudie, har konkludert med at hans egen metode var mindre effektiv enn metoden han sammenlignet med.

6.2 Ekstern validitet (klinisk anvendelighet)

APA beskriver tre aspekter ved klinisk anvendelighet; gjennomførbarhet, generalisering og omkostninger / nytteverdi (Hougaard, 2004).

6.2.1 Gjennomførbarhet

Med gjennomførbarhet menes a) at pasienten kan og vil gjennomføre behandlingen med tanke på for eksempel omkostninger, ubehag, varighet eller eventuelle bivirkninger, b) at pasienten velger denne behandlingsformen gitt at andre behandlingsformer har tilsvarende effekt, c) at det er sannsynlighet for at pasienten aktivt deltar i behandlingen gjennom for eksempel oppmøte og utførelse av hjemmeoppgaver og d) at utbredelse av terapiformen lar seg gjennomføre gjennom for eksempel opplæring av terapeuter (Hougaard, 2004).

6.2.2 Generaliserbarhet

Det er viktig at behandlingen er effektiv og lar seg generalisere med tanke på pasientvariabler som for eksempel komorbide tilstander, kulturbakgrunn og kjønn (Hougaard, 2004). Metoden bør tilstrebes å være gjennomførbar uavhengig av terapeutvariabler og at den er effektiv også under varierende tidsrammer. Behandlingen bør være effektiv i ulike behandlingskontekster, som for eksempel i dagavdelinger, sengeposter eller poliklinikker.

6.2.3 Omkostninger / nytteverdi

Behandlingens kostnader bør rettferdiggjøres gjennom eventuell nytteverdi for enkeltindividet og samfunnet (Hougaard, 2004). Hvorvidt pasienter etter behandling kan returnere til utdanning eller arbeidsliv vil være et viktig mål på behandlingens nytteverdi for samfunnet. Ressursbruk i helsevesenet, gjennom for eksempel antall døgn med innleggelse på sengepost, er et annet mål.

7.0 Effektstudier på mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse

7.1 Resultater fra litteratursøk

Vårt litteratursøk i forhold til effektstudier på MBT av borderline-pasienter har hovedsaklig blitt gjennomført ved bruk av BIBSYS og databasene PsycINFO, PubMed og Ovid Nursing. Det meste av litteraturen på området er på engelsk og vi har benyttet ulike kombinasjoner av søkeordene: *mentalization*, *mentalizing*, *mentalization based therapy*, *mentalization treatment*, *mentalization based therapy effect* og *reflective function*. Vi har også innhentet litteratur om effektstudier ved å gå gjennom Bateman og Fonagys egne publikasjoner, benyttet nettsiden *mentalisering.no* og sett på oversiktsartikler som er skrevet om MBT (Christiansen, 2006; Karterud, 2008; Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

7.2 Effektstudier på mentaliseringsbasert terapi av borderline-pasienter

Vi fant tre studier i litteratursøket som har sett på effekten av MBT av borderline-pasienter (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008). Dette omfatter en randomisert, kontrollert behandlingsstudie, samt to oppfølgingsstudier henholdsvis 36 måneder og åtte år etter behandlingsstart. Vi vil her gi en samlet presentasjon av metodikk og resultater fra den opprinnelige behandlingsstudien (Bateman & Fonagy, 1999), samt de to oppfølgingsstudiene (Bateman & Fonagy, 2001, 2008).

7.2.1 Respondenter

Inklusjonskriteriene for å delta i studien var at pasientene oppfylte kriteriene for borderline personlighetsforstyrrelse både ved bruk av Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990) og Diagnostic Interview for Borderline Patients (Gunderson, Kolb, & Austin, 1981). Pasienter ble ekskludert fra studien dersom de i tillegg oppfylte kriteriene for schizofreni, bipolar lidelse, rusmisbruk, eller viste tegn på organisk hjerneskade eller psykisk utviklingshemming basert på SCID-intervjuet.

I den opprinnelige behandlingsstudien (Bateman & Fonagy, 1999) bestod utvalget av 44 pasienter, med 22 pasienter hver i eksperiment- og kontrollgruppen. Etter kort tid ble tre pasienter, grunnet alvorlige selvmordsforsøk, overflyttet fra kontrollgruppen til eksperimentgruppen. I tillegg valgte tre pasienter i eksperimentgruppen å avslutte behandlingen innen seks måneder etter behandlingsstart. Forskerne valgte å ekskludere ”cross over”- og ”drop-out”-pasientene i den statistiske analysen i den opprinnelige studien, slik at utvalget bestod av 38 pasienter, med 19 i hver gruppe. Eksperimentgruppen bestod av 13 kvinner og seks menn (\bar{X} alder = 30,3, SD=5,86), mens det var ni kvinner og ti menn i kontrollgruppen (\bar{X} alder = 33,3, SD=6,60). Syv pasienter i eksperimentgruppen og tre i kontrollgruppen hadde gjennomført utdanning på collegenivå. Det var ingen signifikante forskjeller på noen bakgrunnsvariabler mellom de to gruppene (Bateman & Fonagy, 1999).

I de to oppfølgingsstudiene (Bateman & Fonagy, 2001, 2008) valgte de å inkludere alle pasientene som hadde vært med i eksperimentgruppen uavhengig av behandlingsvarighet, ”drop-out”-pasientene ble altså på denne måten tatt inn i forskningsmaterialet igjen. Samtidig var det tre pasienter i kontrollgruppen som ønsket å

avslutte sin deltagelse i studien. Dermed ble det totale utvalget i disse studiene bestående av 41 pasienter, derav 22 pasienter i eksperimentgruppen.

7.2.2 *Prosedyre*

Behandlingen ble utført ved Halliwick Psychotherapy Unit, en dagavdeling i London som tilbyr langtids psykoanalytisk orientert behandling for pasienter med personlighetsforstyrrelser (Bateman & Fonagy, 1999).

7.2.2.1 Eksperimentgruppens behandlingstilbud. Pasientene ble randomisert og delt inn i eksperiment- og kontrollgruppe. I den opprinnelige behandlingsstudien (Bateman & Fonagy, 1999) foregikk behandlingen i eksperimentgruppen over 18 måneder og bestod av ukentlig individualterapi, tre ganger ukentlig analytisk gruppeterapi på en time hver, en time ukentlig med ekspressiv terapi i form av psykodrama, samt en time ukentlig møte med øvrige pasienter og behandlere. I tillegg fikk pasientene månedlig møte psykiater Anthony Bateman for medisinvurderinger. Medikamentell behandling bestod av antidepressiva eller antipsykotika ved behov. Bruk av multiple medikamenter ble forsøkt unngått.

All terapi ble utført av sykepleiere som hadde fullført eller var i ferd med å fullføre et kurs i psykoterapi, men de manglet formell psykoterapeutisk kompetanse (Bateman & Fonagy, 1999). Behandler laget ikke faste kontrakter om oppmøte med pasienten, da borderline-pasienter ofte saboterer behandlingen, og siden ekskludering fra behandlingen som følge av for lavt oppmøte sannsynligvis ville ha retraumatisert pasienten (Bateman & Fonagy, 1999; Fonagy, 1998). Pasienter som ikke møtte til behandling ble aktivt kontaktet gjennom telefon, brev og hjemmebesøk (Bateman & Fonagy, 1999).

I den første oppfølgingsstudien (Bateman & Fonagy, 2001), i perioden etter de første 18 månedene med behandling, ble eksperimentgruppen tilbudt et

oppfølgingsprogram i nye 18 måneder. I dette programmet ble de tilbudt to timer psykoanalytisk gruppeterapi i uken og samtaler i poliklinisk setting med psykiater Anthony Bateman hver tredje måned dersom dette var ønsket av pasienten. Ingen av pasientene i eksperimentgruppen deltok i andre dagavdelingsprogrammer parallelt med oppfølgingsprogrammet.

7.2.2.2 Kontrollgruppens behandlingstilbud. Kontrollgruppens rammer for behandling var den samme i begge de to behandlingsperiodene (0-18 mnd. og 18-36 mnd.). De mottok standardbehandling som ble tilbudt av allmennpsykiatrien. Kontrollgruppens behandling bestod av regelmessige samtaler med psykiater ved behov og innleggelse når dette var påkrevet, med påfølgende deltagelse ved et ikke-psykoanalytisk gruppetilbud. De ble også fulgt opp poliklinisk og gjennom hjemmebesøk av psykiatriske sykepleiere. Det ble ikke brukt en aktiv kontrollgruppe, da ingen i kontrollgruppen mottok noen form for formell psykoterapi (Bateman & Fonagy, 2001).

All mentaliseringsbasert terapi ble avsluttet 36 måneder etter studiens oppstart, og etter dette var eksperiment- og kontrollgruppens rammebetingelser for videre behandling like. I den andre oppfølgingsstudien (Bateman & Fonagy, 2008), fulgte de opp alle pasientene fem år etter behandlingsslutt, for å evaluere langtidseffekten av behandlingen. De gjenopptok kontakten med alle pasientene per brev og ved telefonkontakt. Alle pasientene ble intervjuet av forskere som ikke kjente til hvilken gruppe den enkelte hadde vært med i. Medisinske og psykiatriske data, samt andre relevante opplysninger, ble innhentet for alle pasientene.

7.2.3 Målemetoder

I de to første studiene (Bateman & Fonagy, 1999, 2001) ble de samme målemetodene benyttet. The Suicide and Self-Harm Inventory, et semistrukturert intervju

utviklet av Bateman (referert i Bateman & Fonagy, 1999), ble innledningsvis gjennomført for begge gruppene for å innhente informasjon om både suicidale og selvskadende episoder i en halvårsperiode før oppstarten av studien. Dette intervjuet kartlegger foruten antall episoder også alvorlighetsgraden av den enkelte episode, for eksempel om det var andre personer til stede eller om hvor stor sannsynligheten var for å bli funnet.

Eksperimentgruppen ble intervjuet jevnlig, mens kontrollgruppen ble intervjuet hver sjette måned. Disse selvrapporteringene ble kryssjekket opp imot informasjon fra pasientenes egne medisinske og psykiatriske sykejournaler.

Pasientenes subjektive opplevelse av generell psykisk symptomatologi, ble målt ved bruk av Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis, 1983), mens depressive og angstsymptomer ble målt ved bruk av Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) og Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). For å måle områder som går på grad av sosial omstilling og endret interpersonlig funksjon, ble Social Adjustment Scale-self-report (Cooper, Osborn, Gath, & Feggetter, 1982) og Inventory of Interpersonal Problems-circumflex version (IIP-C) (Alden, Wiggins, & Pincus, 1990) benyttet. Disse spørreskjemaene ble administrert hver tredje måned, med unntak av SCL-90-R, som ble administrert med seks måneders intervaller.

I den siste oppfølgingsstudien (Bateman & Fonagy, 2008) ble andre målemetoder benyttet. Det primære målet på terapeutisk effekt var her blant annet antall suicidalforsøk, antall dager med innleggelse, antall akuttimer, grad av hjelp av helsevesenet, samt bruk av medikamenter. Disse målene ble innhentet i seks måneders intervaller gjennom intervju og gjennom innsyn i pasientenes journaler. To ganger i året ble det også samlet inn informasjon om hvorvidt pasientene var i arbeid eller studerte. Sekundære mål på effekt

var symptomstatus på grunnlag av oppfølgingsintervju ved bruk av Zanarini Rating Scale for DSM-IV borderline personality disorder (Zanarini, 2003) og generelt funksjonsnivå målt ved bruk av Global Assessment of Functioning Scale (GAF).

7.2.4 Statistiske analyser

Alle de statistiske analysene ble utført ved bruk av SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Analyse av kovarians for repeterte målinger (ANCOVA) ble benyttet for å analysere signifikante forskjeller i forhold til symptomskårene. Wilks' lambda, en multivariat måling av gruppeforskjeller ved flere variabler, ble også benyttet. For de kliniske målene ble ikke-parametriske trendtester innad i gruppene (Kendall's W) og tester for å finne forskjeller mellom gruppene (Mann-Whitney U) benyttet. Ved binære variabler ble Fisher's exact test og kji-kvadrat test benyttet for å teste signifikansnivået på forskjellen mellom gruppene.

7.2.5 Resultater

Mange av utfallsmålene i studiene ble bare målt frem til slutten av den andre behandlingsperioden (36 måneder etter starten av studien). Antall selvskadingshandlinger gikk signifikant ned (Kendall's $W=0,21$, $\chi^2=11,9$, $df=3$, $p<0,008$) i eksperimentgruppen (medianverdi av selvskadinger redusert fra ni til en), men holdt seg relativt konstant i kontrollgruppen (medianverdi ned fra åtte til seks) i løpet av den første behandlingsperioden. I løpet av den siste seks måneders perioden av andre behandlingsperioden, hadde signifikant flere i eksperimentgruppen ($N=13$) enn i kontrollgruppen ($N=3$) avstått fra selvskading ($p<0,005$, Fishers exact test).

Skårene på GSI (Global Severity Index) i SCL-90-R viste også signifikant reduksjon hos eksperimentgruppen i forhold til kontrollgruppen etter 18 måneder ($t=3,4$, $df=36$, $p<0,005$) og også en signifikant interaksjonseffekt mellom gruppe og tid (Wilks's

$\lambda=0,81$, $F=3,5$, $df=2, 31$, $p<0,05$). Etter 36 måneder skåret pasientene i eksperimentgruppen signifikant lavere enn kontrollgruppen på GSI ($F=30,2$, $df=1,33$, $p<0,001$). Gjennomsnittsverdien på GSI hos eksperimentgruppen gikk ned fra 2,5 ($SD=0,58$) til 0,8 ($SD=0,6$) etter 36 måneder, mens kontrollgruppens gjennomsnitt gikk ned fra 2,3 ($SD=0,71$) til 2,0 ($SD=0,7$). Forskjellene mellom gruppene i forhold til nedgangen i skårene på positive symptomer i SCL-90-R var bare signifikante etter den andre behandlingsperioden ($F=26,7$, $df=1, 33$, $p<0,001$).

Skårene på angst- og depresjonsskalaene viste også signifikante resultater til fordel for eksperimentgruppen. BDI-skårene viste en signifikant interaksjonseffekt mellom gruppe og tid etter 18 måneder ($F=13,1$, $df=1, 33$, $p<0,001$), men det var ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene i løpet av den andre behandlingsperioden. Samlet sett rapporterte likevel pasientene i eksperimentgruppen seg selv som signifikant mindre deprimerte enn kontrollgruppen etter 36 måneder ($F=32,6$, $df=1,35$, $p<0,001$). Gjennomsnittlig BDI-skåre hos eksperimentgruppen gikk ned fra 36 ($SD=7,6$) ved studiestart til 11,9 ($SD=3,3$) etter 36 måneder, mens kontrollgruppens gjennomsnittsskåre viste en nedgang fra 34,9 ($SD=7,4$) til 20,4 ($SD=10,5$).

Angstmålene i STAI viste også en signifikant interaksjonseffekt mellom gruppe og tid både på "state"- ($F=9,2$, $df=1,33$, $p<0,005$) og "trait"-dimensjonene (Wilks's $\lambda=0,62$, $F=3,6$, $df=5,29$, $p<0,02$) i løpet av de første 18 månedene. Skårene til begge gruppene gikk ned i løpet av de påfølgende 18 månedene, men resultatene viste bare en signifikant hovedeffekt til fordel for eksperimentgruppen i "state"-dimensjonen ($F=34,9$, $df=1,33$, $p<0,001$). I løpet av 36 måneder gikk eksperimentgruppens gjennomsnittsverdi på "state"-dimensjonen ned fra 68,4 ($SD=7,0$) til 32,6 ($SD=5,9$), mens kontrollgruppen gikk ned fra 63,2 ($SD=6,8$) til 52,4 ($SD=10,3$). Tilsvarende skårer på "trait"-dimensjonen i

STAI viste en nedgang fra 66,5 (SD=6,1) til 34,4 (SD=6,1) for eksperimentgruppen og fra 62,0 (SD=9,9) til 42,7 (SD=10,1) for kontrollgruppen.

Eksperimentgruppens selvrapporteringer om grad av interpersonlig problematikk (IIP-C) gikk signifikant ned i løpet av de to behandlingsperiodene, mens kontrollgruppen hadde en svak økning. Et lignende mønster fant man i målingen av grad av sosial omstilling (Social Adjustment Scale). Det var en signifikant hovedgruppeeffekt etter 36 måneder ved begge målene (henholdsvis $F=92,3$, $df=1,37$, $p<0,001$ og $F=25,2$, $df=1,36$, $p<0,001$).

Antall suicidalforsøk var et av målene som ble brukt i alle tre studiene, altså frem til åtte år etter starten av den første studien. I den første studien var det signifikant færre i eksperimentgruppen, fra 94,7 % ved starten av studien til 5,3 % etter 18 måneder (Kendell's $W=0,59$, $x^2=33,5$, $df=3$, $p<0,001$), som rapporterte om suicidalforsøk i en periode på seks måneder, mens kontrollgruppen ikke viste noen signifikant nedgang. I slutten av den andre behandlingsperioden, i seks måneders perioden mellom 30-36 måneder, var det signifikant færre pasienter som hadde hatt suicidalforsøk i eksperimentgruppen ($N=4$) enn i kontrollgruppen ($N=12$) ($p<0,004$, Fisher's exact test). I løpet av den siste femårsperioden, 36-60 måneder, hadde totalt 74 % i kontrollgruppen og 23 % i eksperimentgruppen gjennomført minst ett suicidalforsøk.

Medikamentbruken til de to gruppene under den avsluttende femårsperioden viste signifikante forskjeller. Gjennomsnittlig hadde kontrollgruppen brukt både antidepressiva og antipsykotika i mer enn tre år, mens eksperimentgruppen gjennomsnittlig hadde brukt de samme medikamentgruppene i henholdsvis ett år og ett par måneder under den samme perioden. Etter 36 måneder var det signifikant flere i kontrollgruppen ($N=14$) som benyttet medikamenter enn i eksperimentgruppen ($N=6$) ($p<0,01$, Fishers exact test), i tillegg til at

andelen pasienter som benyttet flere ulike medikamentgrupper (polyfarmasi) var signifikant større i kontrollgruppen (N=12 og 2) ($p<0,001$, Fishers exact test).

De primære effektmålene i den siste oppfølgingsstudien var foruten suicidalforsøk og medikamentbruk, mål som gikk på pasientenes bruk av helsevesenet og hvorvidt pasientene kom seg ut i arbeidslivet eller studerte. Alle målene viste signifikante forskjeller, der pasientene i eksperimentgruppen kom best ut. Blant annet var antall dager med innleggelse i femårsperioden signifikant lavere i eksperimentgruppen enn i kontrollgruppen ($U=25,5$, $z=5,1$, $p<0,0001$), med gjennomsnittsverdier på henholdsvis 0,27 ($SD=0,71$) og 6,2 ($SD=5,6$). Antall år med arbeid eller studier i oppfølgingsperioden var signifikant høyere ($F=8,9$, $df=1,35$, $p<0,005$) for eksperimentgruppen ($\bar{X}=3,2$, $SD=2,3$) sammenlignet med kontrollgruppen ($\bar{X}=1,2$, $SD=1,9$).

De sekundære effektmålene i den siste studien, antall positive skårer på Zannarini Rating Scale ($\chi^2=16,5$, $df=1$, $p<0,0001$) og antall pasienter med GAF-skårer over 61 ($\chi^2=6,5$, $df=1$, $p<0,02$), viste også signifikante forskjeller mellom gruppene til fordel for eksperimentgruppen. Gjennomsnittlig GAF-skåre åtte år etter behandlingsstart var henholdsvis 58,3 ($SD=10,5$) og 51,8 ($SD=5,7$) for eksperiment- og kontrollgruppe.

8.0 Diskusjon

8.1 Sammendrag av resultatene

For å kunne svare på spørsmålet om MBT har effekt for borderline-pasienter har vi tatt utgangspunkt i forskningen som per i dag foreligger på området (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008). Sett i forhold til de avhengige variablene som ble benyttet i studiene, ser resultatene generelt ut til å støtte opp om hypotesen om at terapiformen har en positiv effekt for denne pasientgruppens symptomatologi.

Den generelle symptombedringen ble sett tydelig i den markante forskjellen mellom gruppenes GSI – gjennomsnittsskåre i SCL-90-R etter andre behandlingsperiode (36 mnd.), der eksperimentgruppen oppgav signifikant lavere grad av psykiske symptomer enn kontrollgruppen. Dette resultatet ble underbygget av de andre effektmålene som ble benyttet. Eksperimentgruppen skåret signifikant bedre enn kontrollgruppen på selvrappotering av angstnivå (STAI), depresjonsnivå (BDI), interpersonlig problematikk (IIP-C) og sosial omstillingsevne (Social Adjustment Scale) etter andre behandlingsperiode.

I den siste oppfølgingsstudien (Bateman & Fonagy, 2008), som omhandlet femårsperioden etter de to behandlingsperiodene, ble altså andre effektmål enn i de foregående studiene benyttet. Åtte år etter behandlingsstart oppfylte bare 13 % av eksperimentgruppen de diagnostiske kriteriene for borderline personlighetsforstyrrelse ved bruk av Zanarini Rating Scale, mens det tilsvarende tallet for kontrollgruppen var 87 %. Det kan også nevnes at eksperimentgruppen skåret signifikant lavere i forhold til alle de fire symptomkategoriene som dette intervjuet er delt inn i: affektive, kognitive, impulsive og interpersonlige symptomer.

Det primære utfallsmålet i den tredje studien, antall suicidalforsøk under femårsperioden, viste signifikante forskjeller i favør av eksperimentgruppen. Mens bare noen få pasienter i eksperimentgruppen rapporterte om minst ett suicidalforsøk under denne perioden, var dette nesten ti ganger mer utbredt i kontrollgruppen. Man så også den samme klare tendensen i de to første studiene. Man har ikke tall på om selvskadingsfrekvensen gikk tilsvarende ned i denne femårsperioden, men det var oppløftende resultater på dette målet fra de to første studiene.

Pasientenes bruk av medikamenter under femårsperioden var ett av utfallsmålene

som viste størst forskjell mellom gruppene, der man blant annet så at polyfarmasi var nesten fraværende i eksperimentgruppen, samtidig som de ble foreskrevet markant mindre antidepressiva, antipsykotika og stemningsstabiliserende medikamenter enn pasientene i kontrollgruppen. Kanskje tyder disse resultatene på at symptomforbedringene gjorde at behovet for medikamentell behandling ble vurdert som mindre for eksperimentgruppen. Det er også verdt å merke seg at symptomforbedringene som man så hos eksperimentgruppen skjedde parallelt med redusert grad av medisinerings.

Den siste studien viste også tydelig at den gruppen som mottok MBT gjennomgående hadde færre innleggelsesdøgn, færre akutt-timer og mottok mindre hjelp fra offentlig psykisk helsevern i forhold til pasientene i kontrollgruppen. Eksperimentgruppen rapporterte også om at de gjennomsnittlig hadde vært i arbeid / studier i drøye tre år under denne femårsperioden, mens tilsvarende tall for kontrollgruppen var drøyt ett år. Dette er faktorer som kan tyde på at disse pasientene fungerte bedre i hverdagen og dermed hadde mindre behov for hjelp fra det offentlige psykiske hjelpeapparatet enn de som var med i kontrollgruppen.

8.2 Styrker og svakheter ved forskningen på mentaliseringsbasert terapi

Vi har funnet en randomisert, kontrollert behandlingsstudie, samt to oppfølgingsstudier, som har sett på effekten av MBT for personer med borderline personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008). Som nevnt bidrar godt utførte RCT-studier til høy grad av intern validitet, men lavere grad av ekstern validitet (Hougaard, 2004). Dersom disse studiene viser seg å ha en høy grad av intern validitet, vil det kunne gi indikasjoner på metodens effektivitet. Imidlertid vil forskningsresultater sett isolert fra andre studier ha en viss risiko for å inneholde feil, noe bruken av meta-analyser forsøker å kontrollere for. For eksempel fant Wampold et al. (Wampold, Minami, Baskin,

& Tierney, 2002; Wampold et al., 1997) at komparativ effekt mellom terapiformer var liten, selv om enkeltstudier i deres meta-analyse fant signifikante forskjeller mellom terapiformer.

Bruken av komplementære former for forskning kunne ha belyst effektiviteten av MBT ut over de slutningene som kan dras etter et RCT-studie. Bruken av kvalitative tilnærminger i tillegg til RCT ville gitt oss informasjon om pasientenes egne opplevelser av å ha mottatt MBT, for eksempel hvorvidt terapien opplevdes som meningsfull, om de opplevde seg forstått, hva pasientene mente virket bra i terapien, grad av terapeutisk allianse, om de ville anbefalt denne terapien ovenfor andre og om de ville benyttet seg av behandlingstilbudet igjen. Studier av MBT i naturalistiske settinger hadde vært nyttig for å vurdere behandlingens gjennomførbarhet i en klinisk setting og veie opp for RCT-metodikkens svakheter med tanke på ekstern validitet.

Vi vil nå drøfte kvaliteten på Bateman og Fonagys (1999, 2001, 2008) studier etter de kriterier vi tidligere har beskrevet.

8.2.1 Intern validitet

8.2.1.1 Kontrollgruppe med randomisert gruppefordeling. Bateman og Fonagys forsøkspersoner ble randomisert delt inn i eksperiment- og kontrollgruppe (TAU). Forsøkspersonene i kontrollgruppen ble ivaretatt gjennom eksisterende behandlingstilbud. Gjennom denne metoden kan resultatene si noe om effekten av MBT sammenlignet med det eksisterende behandlingstilbudet i London på den tiden som studiene ble gjennomført. Bateman og Fonagy (1999) beskrev kontrollgruppens behandling som usammenhengende og gjennomført av flere ukoordinerte instanser, og dermed vet man mindre om hva den komparative effekten i studiene kan tilskrives. Samtidig kan de med liten sikkerhet si noe om effekten av terapiformen sammenlignet med andre aktive terapiformer, som for

eksempel dialektisk atferdsterapi. For bedre å kunne trekke konklusjoner om hvilke av de etablerte terapiformene som er mest virksomme, bør de sammenlignes i randomiserte kontrollerte studier.

I tillegg til å få kunnskap om hvilken metode som gir best effekt, vil man med en aktiv kontrollgruppe bedre kunne kontrollere for placeboeffekten. I disse behandlingsstudiene var det benyttet en ikke-aktiv kontrollgruppe. Dermed kan det tenkes at eksperimentgruppen hadde større forventning til bedring enn kontrollgruppen, noe som sannsynliggjør at deler av den komparative effekten mellom gruppene kan skyldes forventningseffekt eller placebo.

Bateman og Fonagy har ikke benyttet et ”component control design”, og det er dermed uklart hvilken del av behandlingen som eventuelt har hatt en effekt. Det kan for eksempel være vanskelig å si noe om det er det langvarige strukturerte behandlingsprogrammet eller om det er fokuset på mentalisering i behandlingen som er de virksomme komponentene.

8.2.1.2 Tilstrekkelig gruppestørrelse. Forfatterne av disse studiene har ikke benyttet noen form for stratifisert randomisering selv om utvalget var lite. Når utvalget er mindre enn 100, innebærer dette en betydelig risiko for skjevhet mellom gruppene (Kernan et al., 1999). Gruppene ble ikke beskrevet som signifikant ulike med tanke på bakgrunnsvariabler, men det er likevel en risiko for å gjøre en type II feil i denne vurderingen grunnet lite utvalg. Ved gjennomgang av bakgrunnsvariablene i gruppene ser vi eksempelvis at kvinneandelen var 68 % i eksperimentgruppen og 47 % i kontrollgruppen. Andelen av pasienter med høyere utdanning var 36 % i eksperimentgruppen og 16 % i kontrollgruppen.

En norsk studie viste at kvinner har betydelig større effekt av psykoterapi med overføringstolkninger enn menn (Ulberg, Johansson, Marble, & Høglend, 2009). Stone (1987, 1990) fant at kvinner har bedre prognose enn menn etter behandling av borderline personlighetsforstyrrelse, i form av færre selvmordsforsøk og bedre global fungering ved oppfølging. Dette tilskrev han delvis en økt forekomst av komorbid antisosial personlighetsforstyrrelse hos menn. En studie indikerte også at kvinner har bedre utbytte av gruppeterapi enn menn (Ogrodniczuk & Piper, 2004). Forskjell i prevalens av psykiske lidelser i ulike sosioøkonomiske grupper er godt dokumentert, og utdanning er et viktig mål på sosioøkonomisk status. Rognerud, Strand og Dalgard (2002) fant at personer med lavere utdanning hadde høyere prevalens av psykiske problemer. Dette blir også støttet av Fryers, Melzer, Jenkins og Brugha (2005).

Antallet komorbide personlighetsforstyrrelser oppgis å ikke være signifikant forskjellig mellom gruppene, men hvilke komorbide personlighetsforstyrrelser som ble funnet i gruppene rapporteres ikke. Vi kan dermed ikke slå fast hvorvidt forskjeller mellom gruppene på frekvens av alvorlige personlighetsforstyrrelser, som for eksempel antisosial / dyssosial personlighetsforstyrrelse, har påvirket utfallet av behandlingen.

Den statistiske analysen av forskjeller mellom gruppene på viktige bakgrunnsvariabler etter randomisering kan ha resultert i en type II feil grunnet lav statistisk styrke. Det foreligger altså en mulighet for at gruppene etter randomisering var ulike på prognostiske faktorer som bidro til utfallet, noe som ville vært konfunderende variabler i studiene.

Bateman og Fonagy har oppnådd signifikante resultater på tross av få forsøkspersoner, noe som reflekterer at de også har oppnådd store effektstørrelser. De har

kompensert for et lite utvalg med å bruke repeterte målinger ved klinisk betydningsfulle oppfølgingstidspunkt og dermed økt den statistiske styrken.

8.2.1.3 Behandlingsmanual og kvalitetskontroll av terapiens utførelse. Behandlerne har ifølge forfatterne av studiene utført terapien etter de retningslinjene som er beskrevet i Bateman og Fonagys praktiske veileder til MBT (Bateman et al., 2007). De rapporterer at de hadde veiledning med behandlerne to ganger i uken, benyttet det de kaller ordrette rapporter fra timene ("verbatim session reports") og skjemaer for å registrere terapeutens intervensjoner. De benyttet seg ikke av lyd- eller videoopptak, og har dermed i mindre grad kunnet vurdere hvor godt den utførte terapien samsvarer med retningslinjene i behandlingsmanualen, hvorvidt det er mulig å differensiere mellom denne terapien og andre terapiformer, og hvor god kvaliteten har vært på behandlingen. På grunn av disse manglene uttrykker Bateman og Fonagy (1999) at de vanskelig kan si noe om effekten av de terapeutiske faktorene utover det at det er et strukturert behandlingsprogram for personlighetsforstyrrelser. Tyrer (2002) hevder at "The hypothesis that the personal style of Anthony Bateman and his special ability to integrate a common team approach is the successful ingredient of treatment, rather than specific psychoanalytical psychotherapy, remains viable until the study is replicated." (s. 116).

Terapeutvariabler, som for eksempel kjønn og erfaring / kompetanse, ble ikke beskrevet ut over at behandlerne var sykepleiere. Det er viktig å rapportere om terapeutenes egenskaper, da terapeutfaktorer viser seg å være viktig for utfall av terapi, og man vil da bedre kunne trekke konklusjoner om terapiformens effektivitet (Tucker & Roth, 2006). Crits-Christoph og Mintz (1991) anbefaler bruk av mange terapeuter i et forskningsprosjekt for bedre å kunne kontrollere for terapeuteffekter. I Bateman og

Fonagys studier ble antallet individual- og gruppeterapeuter som var deltagende i studiene ikke beskrevet.

8.2.1.4 En avgrenset problemstilling. Bateman og Fonagy har valgt å studere hvorvidt MBT er effektiv som behandling av borderline personlighetsforstyrrelse. Det at de har valgt en spesifikk behandlingsform og en spesifikk diagnose kan gjøre de i stand til å trekke konklusjoner om denne behandlingen bør gis til personer med denne lidelsen.

8.2.1.5 Pålitelige og gyldige inklusjonskriterier. Da Bateman og Fonagy rekrutterte forsøkspersoner benyttet de to strukturerte intervju for borderline personlighetsforstyrrelse, og valgte å sette cut-off på syv bekreftede punkter i SCID, i stedet for fem som er kravet for å kunne stille diagnosen. Dette indikerer at borderline-pasientene i studiene hadde mange symptomer som er typiske for diagnosen, og at de sannsynligvis hadde dårligere fungering enn det som er minimumskravet for å stille diagnosen. De valgte å ekskludere pasienter med schizofreni, bipolar lidelse, rusmisbruk, organisk hjerneskade og psykisk utviklingshemming. De ekskluderte dermed ikke komorbide lidelser som er karakteristisk for mange borderline-pasienter, som for eksempel andre personlighetsforstyrrelser, unipolare depresjoner og angstlidelser (Evang, 2003; Malt et al., 2003; Skodol et al., 2002). Det er ikke anledning til å vurdere inter-rater reliabilitet av inntaksintervjuene, da Bateman og Fonagy ikke rapporterer om flere intervjuere.

8.2.1.6 Standardiserte effektmål. Effektmålene som har blitt brukt er velprøvde og teorinøytrale. De har brukt mål som gir oss informasjon om pasientenes symptomatologi og sosiale fungering. Pasientenes personlighet ble ikke kartlagt med spesifikke måleinstrumenter, med unntak av Zanarini Rating Scale ved siste måletidspunkt.

Informasjon om effekt ble hentet inn fra pasientene og fra andre behandlingsinstitusjoner.

De har imidlertid ikke hentet inn informasjon fra pårørende eller andre i pasientenes

sosiale nettverk. Vi vet dermed ikke om eventuell bedring hos pasientene ville blitt oppfattet av andre personer i pasientenes liv. I tillegg har de brukt andre utfallsmål som antall dager med innleggelse, antall besøk på legevakten, antall år i arbeidsliv / skole, antall år med videre behandling, medisiner og antall selvmordsforsøk. Slike mål kan tenkes å være mindre påvirkelige av ”demand characteristics”, og dermed kunne gi et mer objektivt mål på endring.

Vi savner kontinuitet i bruken av de opprinnelige effektmålene i den siste oppfølgingsstudien. De har kun benyttet seg av måleinstrumenter spesifikt rettet mot borderline personlighetsforstyrrelse ved siste måletidspunkt, åtte år etter behandlingsstart. Vi ville gjerne ha sett et slikt mål brukt ved flere måletidspunkt, for eksempel SCID som de benyttet ved rekrutteringen av forsøkspersonene. Dersom dette hadde blitt gjort, hadde det gitt informasjon om når den eventuelle personlighetsendringen hadde funnet sted i forhold til behandlingen.

Det ville vært interessant om de i tillegg til teorinøytrale mål hadde brukt teorispesifikke mål rettet mot evnen til å mentalisere, for å kunne si noe om grad av mentalisering er forbundet med bedring. Et eksempel på et slikt mål er Reflective-Functioning Manual, Version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews, utviklet av Fonagy et al. (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998). Det at de ikke har valgt å benytte seg av et slikt mål gjør at sammenhengen mellom bedring og mentaliseringsevne forblir uavklart. I tillegg kan man ikke si noe om hvorvidt behandlingen påvirker pasientene på den måten som teorien predikerer. Dette måleinstrumentet har blitt brukt i annen effektforskning (Levy et al., 2006).

8.2.1.7 ”Blindhet” i bedømmelse av effekt. Bateman og Fonagy rapporterer ikke om bruken av selvrapportskjemaer i løpet av behandlingsstudiene ble administrert av personer

blinde for gruppetilhørighet. Eventuell usikkerhet om hvorvidt respondentene ble påvirket av "demand characteristics" ville blitt redusert ved bruk av blinde vurderere.

I løpet av studiene har Bateman og Fonagy blant annet hentet inn data om innleggelser, besøk på legevakten og bruk av andre behandlingstilbud fra de aktuelle institusjonene. Denne formen for data er mindre påvirkelig av eksperimentators forventninger og "demand characteristics".

Ved oppfølging fem år etter behandlingsslutt benyttet de intervjuere som var blinde for pasientenes gruppetilhørighet for å innhente data om global fungering (GAF), diagnostisk status målt ved Zanzarini Rating Scale, deltagelse i yrkesliv / utdanning og antall selvmordsforsøk.

Bruk av multiple medikamenter ble brukt som effektmål i studiene og viste en meget stor forskjell mellom gruppene. I eksperimentgruppen ble medikamenter foreskrevet av Anthony Bateman, medforfatter av studiene, noe som kan sees på som en metodisk svakhet. Bateman (1999) uttrykte at bruk av multiple medikamenter ble forsøkt unngått. Det er usikkert om resultatene på dette effektmålet ville vært de samme dersom medikamenter hadde blitt foreskrevet av en uavhengig tredjepart. Det er uklart hvorvidt foreskriving av medikamenter ble utført av A. Bateman også i deler av oppfølgingsperioden.

8.1.2.8 Forskerens tilknytning til terapiformen. Behandlingsstudiene ble gjennomført av Bateman og Fonagy, utviklerne av behandlingsformen. Det kan tenkes at noen av resultatene som foreligger kan skyldes en "allegiance effect" (Luborsky et al., 1999). For å kontrollere for denne effekten er det ønskelig å se studier utført av forskergrupper med mindre grad av tilhørighet til behandlingsformen.

8.2.2 Ekstern validitet (klinisk anvendelighet)

8.2.2.1 Gjennomførbarhet. Oppmøte til terapitimene i behandlingen var på 62 % de første 18 månedene og i eksperimentgruppen var det en drop-out rate på 12 % (3 forsøkspersoner). Dette er på linje med drop-out raten i Linehan et al. (1991) sitt studie og lavere enn i andre studier med borderline-pasienter (Gunderson et al., 1989; Mazzotti, Pasquini, & Barbato, 2001; Waldinger & Gunderson, 1984). Det rapporteres ikke hvorfor disse forsøkspersonene droppet ut av behandlingen. Et høyt oppmøte og en lav drop-out rate øker metodens eksterne validitet i og med at det øker sannsynligheten for at pasienter vil benytte seg av et slikt behandlingstilbud.

Forsøkspersonenes tilfredshet med behandlerne og behandlingsformen ble ikke undersøkt, noe som gjør det vanskeligere å trekke konklusjoner om denne behandlingsformen ville blitt foretrukket fremfor andre behandlingsformer. Bateman (1995) skrev at de fleste pasientene i behandlingsprogrammet opplevde den analytiske gruppeterapien som angstprovoserende og at de foretrakk de mindre angstprovoserende timene med psykodrama. Det er viktig med tanke på ekstern validitet at behandlingen ikke er så ubehagelig for pasientene at de unnlater å møte opp.

Behandlingsforløpet hadde en varighet på tre år, der de første 18 månedene hadde en høyere intensitet. Dersom et slikt langvarig behandlingsopplegg blir vanskelig å følge opp for pasientene, vil dette kunne svekke metodens eksterne validitet. Imidlertid viste den første studien at det etter seks måneders behandling ikke var noen av forsøkspersonene som hadde droppet ut, noe som øker metodens eksterne validitet.

All terapi i behandlingsstudiene ble gjennomført av sykepleiere som hadde fått opplæring i MBT. Dette betyr at flere yrkesgrupper enn psykologer eller psykiatere kan benytte seg av metoden, noe som vil lette implementeringen av MBT. Bateman et al.

(2007) legger opp til at personer med erfaring innen psykisk helsevern vil være i stand til å utføre MBT etter et gjennomført tre-dagers kurs. Dette forutsetter at de har tilgang på veiledere med spesialisert kunnskap, for eksempel erfarne psykologer eller psykiatere.

Bateman og Fonagy rapporterer ikke om behandlernes holdning til metoden. Imidlertid ser vi at MBT på relativt kort tid har blitt en mye omtalt og brukt behandlingsform for borderline-pasienter. Vi kan anta at en av grunnene til behandlingsformens popularitet er at den resonnerer godt med den kliniske ekspertisen som råder i fagmiljøene. Som tidligere nevnt er klinisk ekspertise en viktig del av det APA og Norsk Psykologforening anser som evidensbasert praksis. Vår problemstilling rommer ikke vurderinger av MBT i denne forstand, men er avgrenset til de behandlingsstudiene som er gjort på området.

8.2.2.2 Generaliserbarhet. Behandlingsstudiene ble utført i London og det er usikkert hvorvidt man kan generalisere resultatene til pasienter med annen kulturell bakgrunn. Bateman og Fonagy (1999) beskrev behandlingen som effektiv for begge kjønn, men presenterte ikke tallmateriale på dette. I studiene er pasienter med alkohol- eller rusavhengighetssyndrom ekskludert. Dette betyr at man i mindre grad kan trekke konklusjoner om behandlingen er effektiv i forhold til denne pasientgruppen. Som nevnt består utvalget til Bateman og Fonagy sannsynligvis av spesielt dårlig fungerende borderline-pasienter. Verheugt-Pleiter og Deben-Mager (2006) mener MBT kan tenkes å være mest passende som behandling av dårlig fungerende borderline-pasienter. Hvorvidt bedre fungerende pasienter ville profitere like godt på behandlingen er uvisst.

Metoden har blitt testet ut med faste tidsrammer, der rammene er en integrert del av behandlingspakken. Hvorvidt metoden er effektiv under kortere tidsrammer er ikke undersøkt. MBT er ikke testet ut som behandling ved sengepost eller poliklinikk. Det

foregår imidlertid nå en randomisert studie på effekten av MBT i en poliklinisk setting, men resultatene foreligger ikke per i dag (Allen, 2008).

I studiene ble ikke terapeutvariabler, som for eksempel erfaring, godt beskrevet og dette gjør det vanskelig å vurdere muligheten for om disse variablene kan påvirke metodens generaliserbarhet.

8.2.2.3 Omkostninger / nytteverdi. Bateman og Fonagy (2003) gjennomførte en kostnadsanalyse av behandlingen som begge gruppene hadde fått i løpet av behandlingsforløpet (36 mnd.). Denne inkluderte kostnader ved poliklinisk behandling, innleggelser, deltagelse ved dagavdelinger, medisiner og bruk av legevakt. Resultatene viste at eksperimentgruppens behandling de første 18 månedene var noe mindre ressurskrevende enn kontrollgruppens. Denne effekten viste seg å forsterke seg i oppfølgingsperioden, der kontrollgruppens behandlingskostnad var nesten fem ganger så høy som eksperimentgruppens. Bateman og Fonagy (2003) mener at undersøkelsen indikerte at MBT ved dagavdelinger er kostnadseffektivt i forhold til TAU. Som nevnt tidligere har eksperimentgruppen betydelig færre døgn med innleggelse og brukt betydelig mer tid på utdanning eller arbeidsliv enn kontrollgruppen, noe som er positivt sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

9.0 Konklusjon

Vi har funnet en randomisert kontrollert studie med to oppfølgingsstudier som kan si noe om effekten av MBT av borderline personlighetsforstyrrelse. Vi har ikke funnet andre typer empiriske behandlingsstudier, som for eksempel kvalitative eller naturalistiske studier.

Forskerne i disse studiene har oppnådd lovende resultater. Videre kan MBT synes å inneha en høy grad av klinisk anvendelighet, da Bateman og Fonagy mener at metoden kan læres på relativt kort tid og utføres av flere yrkesgrupper. MBT synes heller ikke å være mer ressurskrevende enn den behandlingen som borderline-pasientene i kontrollgruppen mottok. Imidlertid gjør metodiske svakheter, med hensyn til intern validitet, at man bør være forsiktig med å trekke endelige konklusjoner om metodens effekt på bakgrunn av disse studiene.

Det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner om effekten av MBT av borderline personlighetsforstyrrelse, og spesielt om metodens komparative effekt i forhold til andre etablerte behandlingsformer ut fra disse relativt små randomiserte kontrollerte studiene. Videre forskning på området bør utføres av uavhengige forskergrupper og baseres på større utvalg, bruk av aktive kontrollgrupper, samt en større bredde i metodiske tilnærminger. Dette vil gjøre klinikere sikrere i sine metodevalg i behandlingen av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Disse pasientenes store behov for hjelp bør være en sterk pådriver for oss som faggruppe for å utvide det empiriske grunnlaget for den behandlingen vi tilbyr.

10.0 Referanser

- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumflex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521 - 536.
- Allen, J. G. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington DC.: American Psychiatric Association.
- APA. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *The American psychologist*, 57(12), 1052-1059.
- Bateman, A. (1995). The treatment of borderline patients in a day hospital setting. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 9(1), 3-16.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18 - month follow - up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 169-171.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8 - year follow - up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bateman, A., Fonagy, P., Skårderud, F., & Karterud, S. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veiledning*. Oslo: Arneberg forl.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Bergmark, A. (2008). On treatment mechanisms--what can we learn from the COMBINE study? *Addiction*, 103(5), 703-705.
- Bracken, M. B. (2001). On stratification, minimization and protection against types 1 and 2 error. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(1), 104-105.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Christiansen, I. (2006). Når mentalisering slår klik. *Psykolog Nyt*, 21, 20-25.
- Cooper, P., Osborn, M., Gath, D., & Feggetter, G. (1982). Evaluation of an modified self-report measure of social adjustment *British Journal of Psychiatry*, 141, 68-75.
- Cozby, P. C. (2009). *Methods in behavioral research* (10th ed.). Boston: McGraw-Hill Higher Education.
- Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 20-26.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual* (2 ed.). Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Evang, A. (2003). *Utvikling, personlighet og borderline* (4 ed.). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Fonagy, P. (1998). Attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(2), 147-169.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, M., & Steele, H. (1998). *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0, for application to Adult Attachment Interviews*. London: University College
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(14).
- Gergely, G. (2000). Reapproaching Mahler: New perspectives on normal autism, normal symbiosis, splitting and libidinal object constancy from cognitive development theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1197-1228.

- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138(7), 896-903.
- Gunderson, J. G., Prank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 38-42.
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi: teori og forskning* (2 ed.). København: Dansk psykologisk Forlag.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2003). *An introduction to statistics in psychology : a complete guide for students* (Rev. 2nd ed.). Harlow, England: Prentice Hall.
- Høglend, P. (1993). Personality disorders and long - term outcome after brief psychodynamic therapy. *Journal of Personality Disorders*, 7, 168-181.
- Karterud, S. (2008). Mentalisering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(11), 1374-1375.
- Kernan, W. N., Viscoli, C. M., Makuch, R. W., & Brass, L. M. (1999). Stratified randomization for clinical trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(1), 19-26.
- Larsen, A. T. B., Magnussen, S., & Hestetun, I. (2007). Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Norge: Teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(12), 1475-1484.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta - analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.
- Levant, R. F. (2005). *Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., et al. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Lipsey, M. W. (1990). *Design sensitivity: Statistical power for experimental research*. Newbury Park: Sage.

- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., et al. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95-106.
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal
- Mazzotti, E., Pasquini, P., & Barbato, M. (2001). Occurrence of drop-out from psychiatric treatment in national health outpatient clinics. *Rivista di Psichiatria*, 36(1), 22-27.
- Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. E. (1995). Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5(1), 33-48.
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (2004). Differences in men's and women's responses to short-term group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 14(2), 231-243.
- Orford, J. (2008). Joining the queue of dissenters. *Addiction*, 103(5), 706-707.
- Rognerud, M., Strand, B. H., & Dalgard, O. S. (2002). Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. *Norsk epidemiologi*, 12(3), 239-248.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444-454.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936-950.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128(9), 1066-1069.
- Snyder, C. R., & Ingram, R. E. (2000). *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century*. New York: Wiley.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. D. (1970). *STAI manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM - III- R (SCID)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.

- Stone, M. H. (1987). Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 231-247.
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients: successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford Press.
- Tucker, J. A., & Roth, D. L. (2006). Extending the evidence hierarchy to enhance evidence-based practice for substance use disorders. *Addiction*, 101(7), 918-932.
- Tyrer, P. (2002). Practice guideline for the treatment of borderline personality disorder: A bridge too far. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 113-118.
- Ulberg, R., Johansson, P., Marble, A., & Høglend, P. (2009). Patient sex as moderator of effects of transference interpretation in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(2), 78-86.
- Verheugt-Pleiter, A., & Deben-Mager, M. (2006). Transference-focused psychotherapy and mentalization-based treatment: Brother and sister? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(4), 297-315.
- Vickers, A. J. (2003). How many repeated measures in a repeated measures design? Statistical issues for comparative trials. *BMC Medical Research Methodology*, 3(22).
- Waldinger, R., & Gunderson, J. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38(2), 190-202.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2), 159-165.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.
- WHO. (1999). *ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2002). *A primer on transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Zanarini, M. C. (2003). Zanarini Rating Scale for borderline personality disorder: A continuous measure of DSM - IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 17, 233-242.